This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

Bd Nov. 1928

HARVARD LAW LIBRARY

Received MAY 4 1928

France

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE

DE

MÉDECINE LÉGALE

DE JURISPRUDENCE MÉDICALE

ET DE

TOXICOLOGIE

PAR MM.

A. B. PAULIER
Ancien interne
des
hôpitaux de Paris.

ET

F. HÉTET
Professeur de chimie légale et de toxicologie à l'Ecole de médecine navale de Brest, pharmacien en chef de la marine.

AVEC 136 FIGURES DANS LE TEXTE

Et 24 planches en couleur hors texte

PREMIÈRE PARTIE

MÉDECINE LÉGALE ET JURISPRUDENCE MÉDICALE

PARIS
OCTAVE DOIN, ÉDITEUR
8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1881

Tous droits réservés

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE

DE MÉDECINE LÉGALE

ET DE

TOXICOLOGIE

OUVRAGES DE M. PAULIER

Manuel de thérapeutique et de matière médicale. 1 fort volume in-18 de 1012 pages, avec tableaux des eaux minérales, suivi d'un résumé de thérapeutique infantile. 10 fr.

Manuel d'hygiène publique et privée, et ses applications thérapeutiques. 1 vol. in-18 de 800 pages. 8 fr.

Contribution à l'étude de la typhlite et de la périty-phlite. In-8 de 119 pages. 3 fr.

OUVRAGES DE M. HÉTET

Manuel de chimie organique élémentaire, et ses applications à la médecine, à l'hygiène et à la toxicologie. 1 vol. in-18 de 880 pages, avec 50 figures dans le texte. 9 fr.

Traité élémentaire de chimie générale. 2 vol. in-18, cart., de 600 pages, avec figures dans le texte. 12 fr.

COULOMMIERS. — Typ. PAUL BRODARD.

Cham

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE

DE

MÉDECINE LÉGALE

DE JURISPRUDENCE MÉDICALE

ET DE

TOXICOLOGIE

PAR MM.

A. B. PAULIER
Ancien interne
des
hôpitaux de Paris.

ET

F. HÉTET
Professeur de chimie légale et de toxicologie à l'Ecole de médecine navale de Brest, pharmacien en chef de la marine.

AVEC 136 FIGURES DANS LE TEXTE

Et 24 planches en couleur hors texte

PREMIÈRE PARTIE

MÉDECINE LÉGALE ET JURISPRUDENCE MÉDICALE

PARIS
OCTAVE DOIN, ÉDITEUR
8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1881
Tous droits réservés

Ctx
P3275m

MAY - 4 1928

00 rt

PRÉFACE

Nous avons pensé que, dans un ouvrage destiné à un public presque exclusivement médical, il fallait être très sobre de ces discussions juridiques qui encombrent certains ouvrages classiques et en rendent la lecture si ingrate et si difficile. Nous nous sommes donc contenté de citer les textes de lois que le médecin légiste ne peut ni ne doit ignorer, mais sans entrer dans le détail de leur interprétation, ce qui est plutôt du ressort du barreau que de la médecine. Nous avons cherché surtout le côté pratique des questions au point de vue médical, et nous nous sommes attaché à montrer, d'après les autorités compétentes, le rôle du médecin requis par la justice et la conduite qu'il doit suivre dans telle ou telle circonstance.

Ce traité élémentaire s'adresse donc, comme on le voit, aussi bien à l'étudiant sur le point de terminer ses études, qu'au praticien, souvent fort em-

barrassé lorsque le hasard l'amène devant les tribunaux, et que de sa décision dépend la vie ou l'honneur d'un individu.

Ajoutons enfin que nous avons tenu à reproduire aussi exactement que possible l'état actuel de la science et que nous avons donné aux recherches les plus récentes une place importante. A ce point de vue, nous devons exprimer toute notre gratitude à M. le professeur Brouardel pour les conseils qu'il nous a donnés et les notes qu'il a bien voulu nous communiquer, particulièrement sur les *Attentats aux mœurs*.

Dr Armand-B. Paulier.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE

DE MÉDECINE LÉGALE

ET DE

JURISPRUDENCE MÉDICALE

PREMIÈRE PARTIE.

MÉDECINE LÉGALE.

Définition. — On a proposé bien des définitions de la médecine légale, et chaque auteur (Orfila, Devergie, Trébuchet, Tourdes, Casper, Legrand du Saulle, Briand et Chaudé, etc.) en a donné une. Les anciens auteurs la définissaient : « *l'art de faire des rapports en justice* » ; — suivant Orfila, c'est « *l'ensemble des connaissances médicales propres à éclairer diverses questions de droit, et à diriger le législateur dans la composition des lois* » ; — selon Devergie, « *la médecine légale est l'art d'appliquer les documents que nous fournissent les sciences physiques et médicales à la confection de certaines lois, à la connaissance et à l'interprétation de certains faits en matière judiciaire* » ; — Casper en fait une science spéciale, et la définit « *l'art d'expertiser les faits des sciences médicales pour venir en aide à la législation et à l'administration de la justice* » ; — Legrand du Saulle pense qu'il serait plus simple et plus exact de dire qu'elle est « *l'application des sciences médicales à l'étude et à la solution de toutes les questions spéciales que peuvent soulever l'institution des lois et l'action de la justice* » ; — enfin Briand et

Chaudé proposent de la définir : « *la médecine et les sciences accessoires dans leurs rapports avec le droit civil, criminel et administratif* ». Nous accepterions plus volontiers cette définition ou celle de Lacassagne, pour qui la médecine légale est « *l'art de mettre les connaissances médicales au service de l'administration de la justice* ».

QUESTIONS GENÉRALES POUVANT SE PRÉSENTER DANS TOUTE PROCÉDURE ET RELATIVES SOIT A LA PERSONNE VIVANTE, SOIT A L'INDIVIDU MORT.

QUESTIONS JUDICIAIRES RELATIVES A LA PERSONNE VIVANTE.

AGE.

La détermination de l'âge a une importance capitale en médecine légale, puisqu'aux divers âges correspondent des aptitudes, des passions et par suite des crimes différents ; et que, au point de vue de la loi, chaque âge a ses droits ou ses devoirs.

La législation française ne divise pas la vie en périodes déterminées et, dans les articles nombreux qui s'occupent de la question d'âge, ne fait qu'indiquer le nombre des années (vie intra-utérine, nouveau-né, 2 ans, 7 ans, 13 ans, 15 ans, 16 ans, 18 ans, 20 ans, 21 ans, etc., etc.).

Au point de vue scientifique, on peut admettre la classification suivante, proposée par Fleury :

1° La vie fœtale ou intra-utérine ;

2° La première enfance, de la naissance à l'âge de 7 mois ;

3° La seconde enfance, de 7 mois à 2 ans ;

4° La troisième enfance, de 2 à 7 ans ;

5° L'adolescence, de 7 à 15 ans ;

6° La puberté, de 15 à 20 ans ;

7° L'âge adulte, de 20 à 30 ans ;
8° La virilité, de 30 à 40 ans ;
9° L'âge de retour, de 40 à 60 ans ;
10° La vieillesse, de 60 ans jusqu'à la mort.

Nous laisserons de côté, pour le moment, les caractères propres à déterminer l'âge pendant la vie intra-utérine et chez le nouveau-né jusqu'au 45e jour. Nous les étudierons plus loin, à propos de l'*Infanticide*, et nous verrons dans quelles limites ces caractères permettent de déterminer la viabilité, la légitimité de la naissance ou les attentats contre le produit de la conception.

Les autres âges sont reconnaissables à un ensemble de signes physiologiques qui, dans l'immense majorité de cas, suffisent pour affirmer, *sur le vivant*, à quelle période de la vie se trouve le sujet examiné. En voici le résumé succinct :

Depuis la naissance jusqu'au 6e ou 7e mois (*première enfance*), absence complète de dents, sauf de très rares exceptions. — De 7 mois à 2 ans (*deuxième enfance*), apparition de la *première dentition*, qui a lieu, d'après Trousseau, dans l'ordre suivant : les incisives médianes inférieures, puis les supérieures, de 7 à 8 mois ; les supérieures latérales, puis les inférieures, de 9 à 12 mois ; les premières molaires et les 2 incisives latérales inférieures, de 17 à 18 mois ; les 4 canines, vers 2 ans, et les 4 dernières molaires, vers 30 mois. Au total 20 dents. — De 2 ans à 7 ans (*troisième enfance*), commencement de la *deuxième dentition*, qui s'opère pendant les périodes de l'adolescence et de la puberté, dans l'ordre suivant : à 7 ans, les premières grosses molaires ; à 8 ans, les incisives moyennes ; à 9 ans, les incisives latérales ; à 10 ans, les premières petites molaires ; à 11 ans, les deuxièmes petites molaires ; à 12 ans, les canines ; à 13 ans, les deux grosses molaires ; enfin les dents de sagesse, de 18 à 25 ans. En tout 32 dents. — De 15 à 20 ans (*puberté*), évolution complète des organes génitaux chez l'homme ; apparition de zoospermes dans la liqueur séminale ; croissance de la barbe ; développement du larynx et modification de la voix. Chez la femme, établissement de la menstruation et apparition de nouvelles fonctions, accompagnées d'un

développement rapide du corps et de modifications plus ou moins profondes dans le caractère et les manières d'être de la jeune fille. — De 20 à 30 ans (*âge adulte*), développement complet de l'organisme, dont la croissance est définitive. — De 30 à 40 ans (*virilité*), plénitude de la nutrition, individu dans toute la force de l'âge. — De 40 à 60 (*âge de retour*), période critique plus sensible, plus appréciable chez la femme que chez l'homme ; diminution dans l'activité des organes digestifs, respiratoires et circulatoires ; décoloration des cheveux, qui blanchissent ou tombent ; chute des dents ; affaiblissement des forces musculaires ; abaissement de la puissance intellectuelle et surtout de la puissance génitale. — De 60 ans jusqu'à la mort (*vieillesse*), déchéance rapide de l'organisme avec atrophie de toutes les fonctions, de tous les organes (testicules) ; chute des cheveux, atrophie des masses musculaires, peau sèche et ridée, arc sénile de la cornée, modifications dans la démarche, les gestes, la voix et l'expression générale de la physionomie, enfin affaiblissement plus ou moins marqué des facultés intellectuelles, des fonctions digestives et surtout de la circulation.

On voit qu'en somme, au point de vue de la détermination de l'âge chez le vivant : jusqu'à 15 ans, la *caractéristique* est l'évolution dentaire; à l'époque de la puberté, le développement des organes génitaux; et chez le vieillard la déchéance de l'organisme dans tout son ensemble ; les périodes intermédiaires, virilité et âge adulte, sont moins faciles à préciser : les conditions sociales, les passions, les souffrances physiques ou morales pouvant donner, en apparence, à un individu 10 ans de plus qu'il n'en a réellement.

Sur le *cadavre* ou le *squelette*, l'expert s'appuiera également sur les caractères de la dentition, mais plus spécialement sur le développement du système osseux. Nous étudierons cette question au chapitre de l'*Identité*, et nous verrons l'importance des points d'ossification.

SEXE.

La détermination du sexe *sur le vivant* est facile dans la grande majorité des cas ; il suffit d'examiner les organes

génitaux, l'ensemble du corps, la forme du bassin, et les commémoratifs au point de vue des hémorrhagies mensuelles, pour dire si l'on a affaire à un homme ou à une femme. Dans les cas de vices de conformation des organes sexuels, le diagnostic n'est pas toujours aussi aisé, surtout chez le nouveau-né, et il peut en résulter des méprises fâcheuses pour les individus dont l'état civil a été ainsi faussé dès leur naissance. Ces erreurs, dont Tardieu cite de nombreux exemples, soulèvent des questions sociales extrêmement graves au point de vue de certains actes de la vie, puisque le Code (*Art.* 180 *C. C.*) admet la nullité du mariage lorsqu'il y a eu erreur dans la personne épousée.

Hermaphrodisme. — Il peut arriver que, par suite d'arrêt de développement ou d'atrophie des organes génitaux chez le fœtus, certains individus présentent des apparences extérieures capables de faire prendre un sexe pour un autre, pour peu que l'examen ne soit pas très approfondi. On a désigné ces cas sous le nom d'*hermaphrodisme*, nom très mal choisi, comme le fait avec raison remarquer Tardieu, car ces individus, loin de posséder à la fois les organes et les fonctions des deux sexes, n'offrent d'ordinaire que des organes incomplets, le plus souvent incapables de toutes fonctions sexuelles.

L'hermaphrodisme *véritable*, c'est-à-dire l'aptitude à remplir, dans l'acte de la reproduction, les fonctions du mâle et celles de la femelle, *n'existe pas* en réalité, et jusqu'ici on n'a pu en trouver un seul cas authentique dans l'espèce humaine (Tardieu). Ce qu'on observe le plus généralement, ce sont des individus mal conformés, présentant à la fois les apparences de l'homme ou de la femme, mais qu'un examen attentif sur le vivant, ou après la mort, permet de rendre à leur véritable sexe.

On divise les hermaphrodites, suivant les prédominances des organes mâles ou femelles, en deux grandes catégories : les hermaphrodites *masculins*, et les hermaphrodites *féminins*, division que n'accepte pas Casper ; quelques auteurs admettent une troisième variété très rare, les hermaphrodites *neutres*, chez lesquels les organes génitaux présentent une disposition telle que la détermination du sexe n'est pas

possible. Il est généralement admis que, dans ce cas, les individus doivent être considérés comme appartenant au sexe masculin.

Tardieu fait remarquer du reste que le plus ordinairement, lorsqu'il y a doute sur le sexe d'un individu, il s'agit en réalité d'hommes mal conformés.

L'hermaphrodisme masculin, plus fréquent que le féminin (Tardieu), est caractérisé essentiellement : 1° par l'absence des testicules qui, pendant les premières années, restent retenus à l'intérieur de l'abdomen (*cryptorchidie*); — 2° par un urèthre incomplètement fermé, formant une sorte de gouttière qui s'ouvre au-dessous et non à l'extrémité du pénis (*hypospadias*); — 3° enfin par l'absence de réunion des deux parties du scrotum vide.

L'hermaphrodisme féminin consiste dans l'imperforation ou même l'absence du vagin, la non-existence de l'utérus, la réunion des grandes lèvres et le développement exagéré du clitoris.

Les signes à l'aide desquels le médecin légiste parviendra à préciser le sexe de l'individu sont *locaux* et *généraux*.

Signes locaux. — 1° *Pénis.* — Il est en général à l'état rudimentaire, mais toujours beaucoup plus volumineux que ne l'est ordinairement le clitoris normal, même le plus développé. Dans des cas exceptionnels pourtant, il présente les mêmes dimensions que le clitoris chez des individus qui possèdent d'ailleurs les attributs essentiels du mâle, c'est-à-dire les deux testicules (Lefort). Ce pénis est le plus souvent érectile, mais toujours imperforé à son extrémité.

2° *Scrotum.* — Le scrotum, non réuni sur la ligne médiane, forme de chaque côté deux replis plus ou moins épais qui simulent des grandes lèvres, mais entre lesquels on ne trouve en général qu'un cul-de-sac peu profond ou même une simple dépression : quelquefois cette cavité, soit naturellement, soit par suite de manœuvres contre nature, présente les apparences d'un véritable vagin pouvant atteindre une longueur de 6 à 8 centimètres; mais elle est étroite et se termine brusquement en cul-de-sac.

3° *Urèthre.* — Le canal de l'urèthre, dans tous les cas,

s'ouvre au-dessous de la verge, plus ou moins loin en arrière (*hypospadias*).

4° *Testicules.* — Pendant les premières années de la vie, ils sont le plus souvent retenus soit au niveau des anneaux, soit dans l'abdomen, et peuvent, à l'époque de la puberté, s'engager et se fixer dans le canal inguinal, ou bien descendre plus bas et venir occuper l'intérieur du repli scrotal. Dans ces cas, leur existence est facile à constater, et les fonctions s'opèrent d'une façon régulière, au moins en ce qui concerne la sécrétion et l'émission de la liqueur spermatique. Dans certains cas au contraire, ces organes, atrophiés, flétris, petits et flasques, restent dans un coin de la cavité du bassin, parfois entre la vessie et le rectum, ne donnent lieu pendant la vie à aucune manifestation physiologique, passent complètement inaperçus, et leur existence n'est révélée qu'après la mort par l'inspection anatomique. Comme leur constatation est le point capital au point de vue du sexe, l'expert devra les rechercher avec un soin tout particulier, par la palpation des régions inguinales sus et sous-pubiennes et le toucher rectal; le plus ordinairement, on parvient à les sentir ou à provoquer, par la pression, la sensation douloureuse et toute spéciale que détermine la compression du testicule.

Signes généraux. — Les caractères fournis par la physionomie du sujet, ainsi que sa constitution physique et morale, n'ont qu'une valeur secondaire.

Au point de vue *physique*, on examinera le système pileux, le timbre de la voix, la forme du corps et le développement des mamelles; on constate qu'en général plus la conformation des organes sexuels se rapproche des apparences féminines, plus s'effacent les caractères de la sexualité masculine : ainsi les formes sont arrondies, les muscles peu saillants, les mamelles développées, la voix est grêle et la barbe manque. — Chez les individus au contraire qu'on prend pour des femmes, le corps est couvert de poils, la voix est forte, les mamelles font défaut, le bassin est étroit, les formes sont sèches et anguleuses. Il faudra tenir compte également de l'existence ou de l'absence des phénomènes physiologiques de la menstruation, qui ne se

manifestent pas, il est vrai, par un écoulement sanguin, mais par des troubles périodiques, tantôt réguliers et mensuels, tantôt irréguliers, analogues aux règles ou destinés à les suppléer.

Au point de vue *moral* et *intellectuel*, les facultés subissent le contre-coup de la conformation vicieuse des organes sexuels, et, selon l'expression de Casper, cet hermaphrodisme corporel produit souvent une sorte d'hermaphrodisme moral, chez l'individu qui ne se sent lui-même, ni complètement homme, ni complètement femme; aussi ne peut-on attendre d'êtres aussi imparfaits un caractère et une intelligence viriles. Il faut d'ailleurs tenir compte des habitudes et des occupations que leur impose, dès la naissance, l'erreur commise sur leur sexe réel; quelques-uns même ne peuvent, lorsqu'on leur a rendu officiellement leur sexe véritable, s'habituer à leur nouvel état civil et terminent leur existence par le suicide, comme Alexina B..., dont Tardieu rapporte longuement la curieuse histoire dans son *Etude sur l'identité*.

Au point de vue de l'*inclination sexuelle*, on observe les plus grandes différences : la plupart n'éprouvent aucune impression sensuelle; d'autres au contraire ont un penchant plus ou moins marqué pour des personnes de l'autre sexe, et arrivent à accomplir un coït incomplet et toujours infécond.

Législation. — La loi française est muette sur la question d'état civil des hermaphrodites au moment de leur naissance et de la déclaration à la mairie; elle n'intervient, pour sa restitution au sexe véritable, que dans les cas très rares de rectification d'acte de naissance ou de demande en nullité de mariage. Suivant une consultation du garde des sceaux (1816), dans le cas où l'on présenterait un enfant dont le sexe serait douteux, on devrait avertir l'autorité, mais celle-ci, dans la personne de l'officier de l'état civil, devrait laisser aux parents une certaine latitude pour le choix du sexe de l'enfant (Laugardière). La législation allemande est plus explicite : si un enfant nait hermaphrodite, les parents décident à quel sexe ils veulent que l'enfant appartienne ; mais, à l'âge de dix-huit ans révolus, l'herma-

phrodite a le droit de choisir lui-même son sexe. Si les droits d'un tiers dépendent du sexe d'un prétendu hermaphrodite, celui-là peut réclamer l'examen d'un expert. (Casper.)

DE L'ÉTAT CIVIL.

L'état civil est la condition faite à un individu par l'ensemble des actes établissant sa situation vis-à-vis de la société (actes de naissance, de décès, de mariage, paternité, maternité, légitimation, etc., etc.).

Le médecin légiste peut être appelé à intervenir dans l'accomplissement de chacun de ces actes : au moment de la naissance de l'enfant, pour se prononcer sur les questions de viabilité, de naissance précoce ou de superfétation; — à la mort, pour la constatation du décès et des conditions dans lesquelles il s'est produit; — pendant le mariage, pour élucider les questions d'impuissance ou d'erreur en la personne. — Il peut enfin être consulté sur les difficultés soulevées par la recherche de la *paternité* ou de la *maternité*.

Dans le premier cas, il aura à résoudre la question de grossesse, à fixer l'époque de la conception, pour répondre à l'article 340 du Code civil, ainsi conçu :

La recherche de la paternité est interdite. Dans le cas d'enlèvement, lorsque la date de cet enlèvement se rapportera à celle de la conception, le ravisseur pourra être, sur la demande des parties intéressées, déclaré père de l'enfant.

Dans le second cas, c'est une question d'identité qui lui est soumise par l'article 341 :

La recherche de la maternité est admise. L'enfant qui réclamera sa mère sera tenu de prouver qu'il est identiquement le même que celui dont elle est accouchée. — Il ne sera reçu à faire preuve par témoins que lorsqu'il aura déjà un commencement de preuve par écrit.

Parmi les actes de l'état civil, nous nous occuperons actuellement des déclarations de naissance et du mariage,

réservant pour une étude ultérieure les questions relatives à l'enfant au début de la vie et aux actes de décès.

DÉCLARATIONS DE NAISSANCE.

Législation. — *Code civ.* Art. 55. — Les déclarations de naissance seront faites dans les trois jours de l'accouchement, à l'officier de l'état civil du lieu; l'enfant lui sera présenté.

Art. 56. — La naissance de l'enfant sera déclarée par le père, ou à défaut du père par les docteurs en médecine ou en chirurgie, sages-femmes, officiers de santé ou autres personnes qui auront assisté à l'accouchement, et, lorsque la mère sera accouchée hors de son domicile. par la personne chez qui elle sera accouchée L'acte de naissance sera rédigé de suite, en présence de deux témoins.

Art. 58. — Toute personne qui aura trouvé un enfant nouveau-né sera tenue de le remettre à l'officier de l'état civil, ainsi que les vêtements et autres effets trouvés avec l'enfant, et de déclarer toutes les circonstances du temps et du lieu où il a été trouvé.

Code pén. Art. 346. — Toute personne qui, ayant assisté à un accouchement, n'aura pas fait la déclaration à elle prescrite par l'article 56 du Code civil, et dans les délais fixés par l'article 55 du même Code. sera punie d'un emprisonnement de dix jours à six mois et d'une amende de 16 à 300 francs (sauf l'admission des circonstances atténuantes, aux termes de l'article 463 du Code pénal).

Art. 347. — Toute personne qui, ayant trouvé un enfant nouveau-né, ne l'aura pas remis à l'officier de l'état civil, ainsi qu'il est prescrit par l'article 58 du Code Civil, sera punie des peines portées au précédent article.

Comme on le voit, la loi exige que la naissance de l'enfant soit constatée dès son entrée dans la vie, et punit quiconque ne fait pas la déclaration prescrite, quelle que soit d'ailleurs la raison de cet oubli. Toute personne ayant assisté à l'accouchement est donc tenue, au moins en l'absence du père, de déclarer l'enfant à l'officier de l'état civil. Cette obligation s'impose-t-elle aussi aux médecins, officiers de santé ou sages-femmes qui, en prêtant leur assistance à une femme en couches, ont promis le secret? Ont-ils le droit, en s'appuyant sur l'article 378 du Code pénal, de refuser de donner le nom et d'indiquer le domicile de la mère? Il parait actuellement établi que le médecin, en déclarant à l'officier de l'état civil un enfant à la naissance

duquel il a assisté, en qualité d'accoucheur, n'est pas tenu de donner le nom de la mère qu'il affirme n'avoir connu que sous le sceau du secret.

C'est ce qui résulte d'un jugement du 30 décembre 1875, rendu sur la demande du Dr Berrut, contrairement aux conclusions du ministère public, par la première Chambre du tribunal civil de la Seine. Le Dr Berrut avait refusé d'indiquer le nom de la mère et le domicile où l'accouchement avait eu lieu; le maire du VIIe arrondissement n'avait pas voulu dresser l'acte de naissance, prétendant qu'il fallait déclarer la maison où s'était fait l'accouchement; le Dr Berrut avait assigné le maire devant le tribunal pour faire décider qu'il serait tenu de dresser l'acte de naissance. Le tribunal, malgré les conclusions du ministère public, lui donna raison, et déclara dans ses considérants qu'on ne saurait admettre que l'officier de l'état civil ait pu, pour cette cause (refus des renseignements sus-indiqués), refuser de recevoir la déclaration et d'assurer à l'enfant le bénéfice d'un acte de naissance. Le nouveau-né fut enregistré sous le nom de Louise-Armande, enfant du sexe féminin, née le 7 décembre 1875, à midi, dans la circonscription du VIIe arrondissement de Paris, de père et de mère inconnus.

En résumé, on peut dire, avec Lacassagne, que le médecin doit dire tout ce qui rattache l'enfant à la société, et taire ce qui le rattache à la mère, si cette mère l'exige.

Depuis quelques années, dans certaines grandes villes de France (Paris, Douai, Lille, Versailles), la formalité de la présentation de l'enfant à la mairie a été remplacée, avec raison, par un service de vérification des naissances à domicile, confié à un médecin de l'état civil. Cette mesure, réclamée depuis longtemps par les médecins, devrait bien se généraliser : on supprimerait ainsi une des causes de mortalité chez les enfants du premier âge.

La déclaration de naissance doit-elle être faite même lorsque l'enfant est *mort-né* ou qu'il vient à *mourir* dans les *premiers jours* de la vie ?

Si l'enfant meurt avant que sa naissance ait été déclarée, on doit, suivant certains jurisconsultes, distinguer si la mort est survenue dans les trois jours de la naissance ou après

ces trois jours : dans le premier cas, l'officier de l'état civil doit dresser un acte constatant que tel enfant lui a été présenté sans vie (art. 1 et 2 du décret du 3 juillet 1806), en laissant aux tribunaux à décider si l'enfant a eu vie, et si la naissance doit être portée sur les registres de l'état civil; — dans le second, l'officier de l'état civil dressera deux actes, un de naissance et un de décès, en indiquant sur chacun d'eux qu'un second acte à été dressé simultanément. Cette manière de procéder, selon Briand et Chaudé, ne serait pas très correcte et n'est pas suivie dans la pratique.

En ce qui concerne l'enfant *mort-né*, il résulte des arrêts de la Cour de cassation que ce n'est pas aux *personnes privées* (y compris le médecin) de préjuger si un enfant a eu vie ou non, et qu'il faut, *dans tous les cas*, faire la déclaration prescrite par l'article 56. Briand et Chaudé font remarquer cependant que ces décisions, absolues en principe, ne sont pas rigoureusement appliquées dans la pratique, et qu'il ne s'ensuit pas qu'on soit obligé de présenter à l'officier de l'état civil, pour le déclarer ou l'inhumer, un fœtus à n'importe quelle époque de son développement. Il résulte, en effet, d'une lettre adressée le 11 mai 1868 par le procureur impérial du tribunal de la Seine au préfet, que l'officier de l'état civil ne devra se conformer aux prescriptions du décret de 1806 que pour les produits de conception *âgés de plus de 4 mois;* pour ceux qui ont *moins de 4 mois*, il suffira de transcrire sur un registre le certificat du médecin vérificateur, constatant l'âge du fœtus et les circonstances dans lesquelles s'est produit l'avortement; car avant quatre mois il n'existe qu'un embryon informe, qui, à quatre mois, prend le nom de fœtus, et ne devient enfant viable qu'après le cinquième et le sixième mois.

Ces questions d'état civil, simples en général dans les conditions normales, prêtent à quelques considérations intéressantes dans les cas d'anomalies sexuelles ou organiques (*monstruosités*). Nous avons vu précédemment ce qui concernait les cas d'hermaphrodisme ; les monstruosités qu'offrent dans leur conformation originelle certains individus soulèvent des questions médico-légales les plus graves, notamment en ce qui touche la viabilité des diffé-

rentes espèces de monstres et leur situation vis-à-vis de la société. Geoffroy Saint-Hilaire, qui a consacré un chapitre à cette importante question dans son *Histoire générale et particulière des anomalies de l'organisation*, fait observer avec raison « qu'il est plusieurs questions qui, soulevées devant les tribunaux, seraient insolubles sans l'intervention d'un médecin instruit en tératologie. » En effet, en dehors du fait de viabilité, bien d'autres questions non moins importantes peuvent être posées à l'occasion de ces êtres doubles. Tardieu et Laugier, à qui nous empruntons ces détails dans leur étude sur les monstres doubles du genre pygopages (Millie-Christine), font remarquer qu'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire avait très judicieusement entrevu toutes ces questions : « Un être double devra-t-il être considéré comme un ou comme deux ? l'inscrira-t-on sous son nom, ou sous deux noms, sur les registres de l'état civil ? Héritera-t-il comme un ou comme deux ? Puis comment se mariera-t-il ? Comment s'exercera sur lui la vengeance des lois, si l'un des deux sujets composants vient à l'encourir ? » Sauval rapporte en effet l'histoire d'un monstre double qui, ayant commis un meurtre, fut condamné à mort, mais non exécuté, en raison de l'innocence de l'un des deux individus composants.

Les faits recueillis par Tardieu et Laugier (8 cas) sont venus confirmer la solution proposée par Is. Geoffroy Saint-Hilaire : que tout monstre double à *deux têtes*, qu'il ait ou non deux corps séparés, doit être considéré comme *deux* ; tout monstre à une *seule tête*, qu'il ait ou non deux corps, comme *un seul* individu. « La détermination de l'état civil d'un monstre double, ajoute-t-il, est donc à vrai dire exempte de graves difficultés; toutes les données présentement acquises à la science ne font que confirmer la règle admise depuis plusieurs siècles par les prêtres chrétiens, c'est-à-dire la dualité morale et légale des monstres à deux têtes, l'unité de ceux qui n'ont qu'une tête. »

DU MARIAGE.

Les circonstances qui, dans le mariage, peuvent nécessiter l'intervention du médecin légiste, sont : 1° les demandes en opposition au mariage, fondées sur la démence de l'un des futurs époux ; — 2° les demandes en nullité de mariage ; — 3° les cas de séparation de corps ; — 4° les actions en désaveu, en contestation de légitimité.

Opposition au mariage.

Les obstacles qui, d'après la loi, peuvent être invoqués pour faire opposition au mariage, sont : l'*âge*, la *parenté* et la *démence*.

A. **Age. — Législation.** — *Code civ.* Art. 144. — L'homme avant dix-huit ans révolus, la femme avant quinze ans révolus, ne peuvent contracter mariage.

Art. 145. — Néanmoins il est loisible au roi (*au président de la République*) d'accorder des dispenses d'âge pour des motifs graves.

Art. 148. — Le fils qui n'a pas atteint l'âge de vingt-cinq ans accomplis, la fille qui n'a pas atteint l'âge de vingt-un ans accomplis, ne peuvent contracter mariage sans le consentement de leur père et mère ; en cas de dissentiment, le consentement du père suffit.

La loi, comme on voit, indique la limite extrême (18 ans pour l'homme, 15 ans pour la femme) au-dessous de laquelle ne peut avoir lieu le mariage, mais ne fixe pas de limite d'âge au-dessus duquel on peut se marier.

B. **Parenté. — Législation.** — *C. C.* Art. 161. — En ligne directe, le mariage est prohibé entre tous les ascendants et tous les descendants légitimes et naturels et les alliés dans la même ligne.

Art. 162. — En ligne collatérale, le mariage est prohibé entre le frère et la sœur légitimes et naturels et les alliés au même degré.

Art. 163. — Le mariage est encore prohibé entre l'oncle et la nièce, la tante et le neveu.

Art. 164. — Le droit de faire opposition à la célébration du mariage appartient à la personne engagée par mariage avec l'une des parties contractantes.

Art. 173. — Le père, et à défaut du père la mère, et à défaut de père et de mère les aïeuls et aïeules, peuvent former opposition au mariage de leurs enfants et descendants, encore que ceux-ci aient vingt-cinq ans accomplis.

C. **Démence. — Législation.** — *C. C.* Art. 174. — A défaut d'aucun ascendant, le frère ou la sœur, l'oncle ou la tante, le cousin ou la cousine germains, majeurs, ne peuvent former aucune opposition que dans les deux cas suivants :

1° Lorsque le consentement du conseil de famille, requis par l'article 160, n'a pas été obtenu ;

2° Lorsque l'opposition est fondée sur l'état de démence du futur époux : cette opposition, dont le tribunal pourra prononcer la mainlevée pure et simple, ne sera jamais reçue qu'à la charge, par l'opposant, de provoquer l'interdiction et d'y faire statuer dans le délai qui sera fixé par le jugement.

Le mot *démence* est ici synonyme de *folie* et comprend toutes les espèces de maladies mentales. C'est le *seul motif* d'opposition au mariage admis par le Code, et le seul point sur lequel le médecin légiste soit appelé à se prononcer. Quant aux autres affections considérées, au point de vue médical, comme des *contre-indications* au mariage, elles n'ont légalement aucune valeur; les familles peuvent et doivent sans doute consulter le médecin, mais sa consultation ne peut avoir qu'un caractère tout à fait officieux. Fodéré rangeait sous trois chefs ces empêchements rationnels au mariage : 1° *maladies s'aggravant par le mariage* (phthisie, maladies chroniques, étroitesse du bassin, carie des vertèbres, etc.); — 2° *maladies contagieuses* (lèpre, syphilis): — 3° *maladies héréditaires* (épilepsie, névroses, scrofule).

Nullité de mariage.

Les motifs qui peuvent être invoqués pour faire annuler le mariage sont : le *défaut de consentement*, l'*erreur dans la personne* et l'*impuissance*.

A. **Défaut de consentement. — Législation.** — *C. C.* Art. 146. — Il n'y a pas de mariage s'il n'y a point de consentement.

Le libre consentement des deux parties étant la condition la plus essentielle, la base fondamentale de l'union conju-

gale, il n'y a pas de mariage lorsqu'il n'y a pas de consentement. Aussi quand l'un des deux époux se trouve, au moment du mariage, dans un état de démence capable de s'opposer au consentement valable, la demande en nullité peut-elle avoir lieu. Legrand du Saulle cite un cordonnier, sujet à des attaques d'épilepsie, qui, le jour même de son mariage, eut un accès d'épilepsie furieuse et tua une personne. La cour prononça la nullité du mariage, s'appuyant sur ce fait que cet épileptique n'était pas complètement sain d'esprit au moment de la cérémonie, et par conséquent n'était pas apte à donner son consentement.

Dans les conditions indiquées par l'article 146, les époux seuls ont le droit d'attaquer le mariage.

Le mariage peut être encore annulé : 1° lorsque le consentement a été donné par un individu interdit ou qui, sans être encore interdit, est dans un état d'imbécillité ou de démence; 2° par un individu en état complet d'ivresse; 3° quand le mariage a été célébré dans un état de maladie tel que celui qui le contracte ne peut se rendre un compte exact de l'acte qui s'accomplit (Cour de Paris, 20 mars 1872).

B. **Erreur dans la personne. — Législation.** — *C. C.* Art. 180. — Le mariage qui est contracté sans le consentement libre des deux époux ou de l'un d'eux ne peut être attaqué que par l'époux ou par celui des deux dont le consentement n'a pas été libre. Lorsqu'il y a eu *erreur dans la personne*, le mariage ne peut être attaqué que par celui des deux époux qui a été induit en erreur.

Art. 181. — Dans le cas de l'article précédent, la demande en nullité n'est pas recevable toutes les fois qu'il y a eu cohabitation continue pendant six mois, depuis que l'époux a acquis sa pleine liberté ou que l'erreur a été par lui reconnue.

Ajoutons que, d'après un arrêt de la Cour de Bordeaux du 20 février 1867, confirmé par arrêt de la Cour de cassation du 20 avril 1869, « c'est au conjoint qui invoque l'erreur à prouver également qu'il ne s'est pas écoulé plus de six mois depuis que l'erreur a été reconnue. »

Le mariage ne peut avoir lieu qu'entre deux personnes de sexe différent. Si l'un des deux conjoints n'a que les apparences du sexe que lui assigne son acte de naissance, le mariage est nul de droit. C'est ce qui arrive par exemple dans les cas d'hermaphrodisme que nous avons étudiés

précédemment : il y a évidemment là erreur dans la personne, puisqu'un homme, croyant épouser une femme, épouse un autre homme ou réciproquement. Dans ces cas, très rares du reste, le médecin légiste est appelé à se prononcer sur le sexe véritable du sujet mis en cause ; nous avons vu plus haut les caractères locaux et généraux qui doivent le guider dans cette recherche si difficile et si délicate. Nous rappellerons seulement : 1° que dans l'immense majorité des cas, lorsqu'un doute s'élève sur le véritable sexe d'un individu, il s'agit en réalité d'hommes mal conformés, atteints à la fois d'hypospadias et de cryptorchodie, avec apparence générale féminine ; — 2° que, s'il y a parfois existence simultanée d'une partie des organes de l'un et l'autre sexe, il existe toujours chez les individus de ce genre, quelles que soient les apparences des parties génitales externes, l'un ou l'autre des organes internes véritablement caractéristiques du sexe (ovaires ou testicules).

C. **Impuissance. — Législation.** — L'ancienne jurisprudence admettait la dissolution du mariage pour cause d'impuissance. Le Code actuel est muet sur ce point, et n'a pas mis l'impuissance au nombre des empêchements du mariage. Devergie et la plupart des jurisconsultes pensent que, en ne se prononçant pas, le législateur « a voulu bannir sans retour ces procès scandaleux qui avaient pour prétexte des infirmités plus ou moins graves, proscrire pour toujours ces visites indécentes qui blessent la pudeur, que repousse la morale et dont cependant les gens de l'art ne peuvent tirer que des conjonctures hasardées, souvent démenties par les faits. » La loi française ne voit pas seulement dans le mariage la procréation des enfants, mais l'union de deux êtres consentant à vivre en commun. Les Allemands, qui cherchent surtout la prolifération de l'espèce, sont beaucoup plus larges sur cette question et admettent le divorce : 1° quand l'un des époux empêche volontairement par sa manière d'agir, pendant ou après le coït, d'atteindre le but du mariage ; 2° quand une impuissance complète et incurable à l'accomplissement du devoir conjugal s'est produite pendant le mariage ; 3° quand il existe des infirmités corporelles qui inspirent dégoût et répugnance ou qui

empêchent l'accomplissement des buts du mariage (Casper).

Au point de vue scientifique, l'impuissance peut être *naturelle*, congénitale, due à un vice de conformation des organes, — ou *acquise*, c'est-à-dire le résultat de circonstances (maladies, accidents, opérations) qui modifient plus ou moins les organes de la génération et rendent impossible le coït ou la reproduction de l'espèce.

Elle doit être étudiée, chez l'homme et chez la femme, au double point de vue de l'*aptitude au coït* et de l'*aptitude à la fécondation*.

Aptitude au coït.

1° Chez l'*homme*, les vices de conformation qui ont pu être invoqués comme cause d'impuissance sont :

a. *L'absence de la verge* (congénitale ou accidentelle). — Pour que cette raison soit admise, il faut que l'organe copulateur fasse absolument défaut, car on sait que la fécondation est possible lorsque le sperme est déposé seulement à l'entrée du vagin.

b. *La bifurcation de la verge.* — Elle ne peut empêcher l'introduction dans le vagin, ni faire douter de la validité du mariage (Legrand du Saulle).

c. *L'exiguité de la verge, sa longueur démesurée, sa grosseur excessive, le rétrécissement du canal de l'urèthre.* — Suivant Legrand du Saulle, ces modifications des organes ne méritent pas un examen détaillé et ne peuvent être sérieusement invoquées.

d. *L'imperforation du pénis, l'hypospadias.* — Cette infirmité peut constituer une véritable impuissance, lorsque l'ouverture de l'urèthre se trouve située très en arrière du gland, et que cette malformation se complique pendant l'érection d'une courbure considérable du pénis. Cette variété, que M. Duplay désigne sous le nom d'*hypospadias périnéo-scrotal*, rend impossible non seulement l'introduction de la verge dans le vagin, mais même le dépôt du sperme à l'entrée de la vulve. Elle est du reste parfaitement curable. Naturellement on ne pourrait invoquer comme cause absolue d'impuissance les cas où l'ouverture de l'urèthre a lieu à

une distance peu considérable du gland ; Schenk et Siméons citent des observations d'hypospadias *héréditaire*, ce qui démontre bien la puissance génératrice d'un père hypospade.

Aussi Casper admet-il comme un axiome que l'hypospadias ou l'épispadias isolé, sans autre anomalie des organes génitaux, ne peut être une raison suffisante pour admettre l'inaptitude à la fécondation, à moins qu'on ne puisse prouver que, dans un cas donné, il y a impossibilité de faire parvenir dans le canal vaginal même une petite quantité de sperme.

e. *Une hernie scrotale volumineuse.* — Son volume est rarement assez considérable pour empêcher l'intromission de la verge ; en tout cas, on peut sinon la guérir, du moins en obtenir la réduction ou la contention. La législation allemande admet cependant, comme cause du divorce, les hernies scrotales volumineuses, irréductibles et très anciennes, capables d'empêcher le coït.

f. Le *phymosis*, le *paraphymosis*, l'*hydrocèle* sont inadmissibles et ne constituent qu'un obstacle temporaire.

2° **Chez la femme.** — a. L'*absence* de la vulve. — b. L'*imperforation du vagin ;* quelquefois, dans ce cas, le vagin s'ouvre dans le rectum, et la fécondation peut avoir lieu par coït contre nature (Devergie). En général, même dans ces conditions, les tribunaux n'admettent pas une semblable union, comme trop contraire à la morale et à la nature.

c. *L'absence du vagin.* — Cette absence du vagin coïncide presque toujours avec l'absence de la matrice. On peut toujours essayer une opération chirurgicale, qui, dans certains cas, a permis l'introduction du pénis et la fécondation (Récamier, Dupuytren, Dolbeau, Gosselin). Il n'y a donc pas là une cause définitive d'impuissance.

d. *L'absence de l'utérus.* — Elle constitue évidemment une cause incontestable d'impuissance.

e. *La longueur du clitoris et des nymphes, l'oblitération du vagin par des brides, des adhérences, par l'hymen ou des tumeurs, des excroissances condylomateuses, les chutes complètes et invétérées de la matrice, les anomalies de l'hymen* (*atrésie, hypertrophie, état charnu*). — Ce sont des états patho-

logiques que peut modifier ou supprimer l'intervention chirurgicale.

f. *Le rétrécissement du vagin.* — En supposant que la copulation soit impossible, il ne s'ensuit pas qu'il y ait impuissance, puisqu'il est démontré qu'il suffit du contact de la liqueur spermatique à l'entrée de la vulve pour que la fécondation ait lieu.

g. Une *inclinaison extraordinaire du bassin* peut être très gênante pour l'accomplissement du coït dans la position ordinaire sur le dos ; il suffit de changer de position. (Casper.)

h. L'*hyperesthésie des organes génitaux*, capable d'empêcher l'acte de la copulation, n'est pas une raison valable.

L'aptitude au coït peut être le sujet de contestations, et par suite d'expertises médico-légales, soit en *matière civile*, dans les cas de divorce ou de séparation de corps ; soit en *matière criminelle*, dans les accusations de viol ou d'inceste, lorsque les accusés, pour se soustraire au châtiment, se prétendent impuissants à coïter.

En matière civile, Casper recommande au médecin expert la plus grande prudence, car il est souvent en butte « aux mensonges les plus incroyables, aux prétentions les plus effrontées. »

Quant aux moyens de constater l'aptitude au coït ou la possibilité de l'érection chez l'homme, le même auteur repousse avec énergie la méthode recommandée par les livres anciens (attouchements, frictions, électricité, etc.) ; il conseille de laisser de côté toutes ces manœuvres, qui blessent les mœurs et ne prouvent rien, car, pour lui, *l'aptitude au coït ne peut pas et n'a pas besoin d'être prouvée par le médecin.* L'expert doit toujours conclure qu'elle existe, jusqu'à ce que l'impossibilité de l'érection lui ait été bien démontrée ; en tout cas, il doit avoir pour règle de faire toujours une *réponse indirecte*, même lorsque le juge lui pose une question directe : si X... est apte au coït? Il doit répondre : « L'exploration n'a pas donné de résultat qui justifie la supposition que X... n'est pas apte au coït. »

Aptitude à la fécondation.

1° *Chez l'homme.* — Les causes qui peuvent être invoquées comme obstacles absolus à la fécondation sont : l'*absence des testicules* et l'*âge*.

a. *Absence des testicules.* — L'existence de ces organes est une condition nécessaire pour la fécondation, mais il *n'est pas nécessaire qu'il y en ait deux*; comme dit Casper, l'état de duplicité est un luxe de la nature, et il n'est pas rare de rencontrer des enfants, fils ou filles de pères n'ayant qu'un seul testicule (*monorchides*) ; ajoutons que ces testicules peuvent aussi ne pas être descendus dans les bourses, qu'ils peuvent être retenus dans le canal inguinal ou restés à leur place primitive dans l'abdomen (*chryptorchides*) ; la fécondation n'en a pas moins lieu dans les deux cas. Mais, comme dans la chryptorchidie l'existence des testicules ne peut être prouvée chez le vivant, on devra examiner avec beaucoup plus de soin les autres caractères de la virilité.

Quant à la question de savoir si les individus *récemment châtrés* sont aptes à la fécondation, il paraît résulter de certains faits qu'un châtré ne devient pas impuissant instantanément (Pierre Franck, A. Cooper, Krahmer), et qu'il peut féconder au premier coït avec le sperme qui reste encore dans ses vésicules. Mais comme la castration, accidentelle ou résultant d'une opération, a presque toujours pour conséquence de retenir le malade au lit pendant de longues semaines, et qu'elle est souvent la suite d'une maladie testiculaire de longue date, Casper croit pouvoir conclure « que la question de la fécondité des châtrés *n'a pas la moindre valeur pour la pratique* ».

Les *maladies* des testicules (atrophie, carcinome, tuberculose, enchondrome, affections des vésicules séminales, orchites, etc.) sont parfois un empêchement physiologique à la fécondation, et le médecin légiste pourra être consulté sur ces différents points.

Casper fait remarquer que les causes indiquées à propos de l'aptitude au coït s'opposent également à la fécondation, mais que la réciproque n'est pas vraie; dans la plupart des

cas d'impuissance en effet, même dans les mariages de longue durée, le coït a été souvent accompli sans obstacle. Il ajoute que, dans la pratique, les juges confondent fréquemment ces deux aptitudes, surtout dans les cas de recherches de la paternité; ils demandent ordinairement : « Tel homme est-il capable d'accomplir le coït? » sans établir de différence entre l'aptitude au coït et l'aptitude à la fécondation. Dans ce cas, dit Casper, le devoir de l'expert est d'instruire les juges, et de leur faire entendre qu'il peut y avoir des empêchements à la *fécondité du coït.*

b. *L'âge.* — Ici encore, il faut distinguer entre l'aptitude au coït et la faculté de féconder : la première commence plus tôt et finit plus tard que la seconde. Suivant Zacchias, l'aptitude au coït commence à 12 ans et cesse à 70 ans, l'aptitude à la génération commence à 15; mais les spermatozoïdes disparaissent en général vers 60 ans, à la période de la vieillesse; naturellement, il y a des exceptions à cette règle, et Casper a trouvé des germes fécondants chez des vieillards de 70 et 90 ans. Il faut tenir compte d'un certain nombre de circonstances, telles que : le *climat;* dans le Nord, l'aptitude au coït ne se manifeste qu'à partir de 13 ans, l'aptitude à la fécondation à 15 ou 16 ; — les conditions *individuelles*, le *genre de vie*, une existence sédentaire, une alimentation copieuse, succulente, l'excitation de l'imagination, favorisent et accélèrent le développement des fonctions génitales ; — les *maladies*, les *excès vénériens* usent la puissance reproductrice. Aussi le médecin légiste se verra-t-il assez souvent forcé « de déclarer que scientifiquement des garçons encore enfants , ou des vieillards avancés en âge, sont dans la *possibilité* de féconder, là où les apparences semblent parler contre la paternité en question. » (Casper.)

2° *Chez la femme.* — On a signalé comme cause de stérilité :

a. L'*absence complète* des organes génitaux externes et internes; l'absence complète du vagin est aussi rare que l'absence complète de la matrice, et est toujours liée à d'autres anomalies (Kiwisch).

b. *Certaines affections* de la matrice ou des ovaires, comme

la dégénérescence hypertrophique ou atrophique de ces organes (Casper), les antéflexions et les rétroflexions de l'utérus en s'opposant à l'ascension du sperme (Mayer).

c. Les *causes morales*, la *répugnance invincible* de la femme pour son mari, et l'*absence complète* de sensations voluptueuses pendant le coït. Ces raisons n'ont absolument aucune valeur, et le médecin devra, sur ces points, observer la plus grande circonspection (Casper).

d. *L'âge.* — L'aptitude au coït ne cesse jamais chez la femme; quant à l'aptitude à la fécondation, elle a ordinairement pour limites le commencement et la fin de la menstruation, limites qui peuvent varier dans des proportions assez étendues suivant : les *conditions de climat;* dans le Nord, la fécondité commence entre la 13e et la 15e année et finit entre la 50e et la 52e année; en France, elle commence rarement avant 14 ou 15 ans, et cesse vers 45 à 50; dans les pays chauds, la menstruation parait plus tôt, à 11 ou 12 ans; — les *conditions de milieu;* les jeunes filles des villes, plus exposées aux excitations de toute espèce, sont plus tôt nubiles que celles des campagnes; — les *conditions individuelles;* quelques femmes peuvent devenir enceintes sans avoir jamais été réglées; enfin on a vu des cas de grossesses survenir à l'âge de 11 à 12 ans, ou se reproduire chez des femmes de plus de 60 ans (Capuron, Delamotte). Le médecin légiste doit tenir compte de ces anomalies dans les cas, par exemple, où une femme, condamnée à mort, se déclarerait enceinte, lors même qu'elle serait arrivée à un âge où la grossesse, selon la règle ordinaire, ne se produit plus. Le plus habituellement, il est consulté par les tribunaux pour déterminer s'il est possible à deux époux désignés de donner naissance à des enfants.

DE LA SÉPARATION DE CORPS.

Législation. — *Code civil.* Art. 229. — Le mari pourra demander le divorce pour cause d'adultère de sa femme.

Art. 230. — La femme pourra demander le divorce pour cause d'adultère de son mari lorsqu'il aura tenu sa concubine dans la maison commune.

Art. 231. — Les époux pourront réciproquement demander le divorce pour *excès, sévices* ou *injures graves* de l'un des époux envers l'autre.

Le loi du 20 septembre 1792 avait aboli la séparation de corps et institué le divorce; le Code civil de 1805 maintenait l'un et l'autre; la loi du 8 mai 1816 abolit le divorce et appliqua à la séparation de corps les dispositions relatives au divorce.

Que doit-on entendre par ces mots excès, sévices et injures graves? Suivant Legrand du Saulle, on entend par *excès* les actes de violence qui passent toute mesure et qui font courir des risques à la vie de l'époux; par *sévices*, les mauvais traitements et les actes de cruauté qui ne sont pas susceptibles de compromettre l'existence; enfin par *injures graves*, les paroles, les écrits ou les faits outrageants.

Le médecin est surtout appelé à se prononcer sur les deux premiers points, ainsi que sur les maladies ou les vices qui peuvent être allégués pour obtenir la séparation de corps. Les principales causes le plus ordinairement invoquées sont : la *grossesse antérieure au mariage*, l'*exercice du droit marital*, la *sodomie conjugale*, la *syphilis communiquée*, enfin certaines maladies, telles que l'*hystérie*, l'*épilepsie* et la *folie*.

a. *Grossesse antérieure au mariage.* — Cette circonstance peut et doit être considérée comme une injure grave, suivant Legrand du Saulle, parce qu'il y a eu dissimulation, manque de loyauté sur l'existence d'un fait qui, s'il avait été connu, aurait vraisemblablement rendu le mariage impossible, et compromet en tout cas le bonheur et l'avenir des deux époux. Au point de vue scientifique, lorsque le mari posera la question en désaveu, le médecin aura à se prononcer sur l'époque de la grossesse. Nous reviendrons du reste sur ce point à propos des naissances prématurées et du désaveu.

b. *Le droit marital.* — L'exercice de ce droit ne peut être considéré comme une cause de séparation que dans les cas où la disproportion des organes est telle que les rapports conjugaux deviennent pour la femme une souffrance et un danger. Legrand du Saulle fait remarquer que, dans des procès de ce genre, le médecin ordinaire des intéressés, pour éviter tout soupçon de partialité, doit savoir s'abstenir de tout certificat ou consultation, et laisser au médecin requis par la justice le soin d'interpréter les faits.

c. *Sodomie conjugale.* — Lorsque les faits de sodomie sont prouvés, surtout s'il n'y a pas eu consentement de la femme, et que ces manœuvres contre nature ont été accompagnées de violences capables de laisser des traces, les tribunaux prononcent la séparation. La cour de cassation admet en effet que le crime d'attentat à la pudeur peut exister de la part du mari sur sa femme, lorsque l'acte sodomique a été accompli avec violence.

d. *Syphilis communiquée.* — C'est une des questions les plus difficiles à résoudre et des plus embarrassantes aussi bien pour le médecin que pour le magistrat.

Un premier point à examiner, c'est si la transmission de la syphilis d'un conjoint à l'autre doit être considérée comme une injure grave dans le sens de l'article 231 du Code Napoléon. Deux opinions sont en présence : l'une est pour l'affirmative (Linguet) ; l'autre, s'en tenant aux termes mêmes de la loi et se basant sur l'absence du mot syphilis dans le texte, prétend que, le mal vénérien n'ayant pas été rangé au nombre des causes de la séparation de corps, il n'y a pas lieu de le considérer comme un motif valable. D'un autre côté, la jurisprudence est des plus incertaines : ainsi telle cour ne considère pas la syphilis comme un mauvais traitement dans le sens des mots excès et sévices; — telle autre juge dans le même sens, en se fondant sur ce que le mal n'est plus aujourd'hui réputé incurable ; — une troisième enfin admet qu'il y a injure grave, suffisante pour amener la séparation lorsque le mari impute à sa femme d'être atteinte de la syphilis, etc., etc. En somme, c'est une question d'interprétation, et le législateur a voulu certainement laisser aux magistrats une certaine latitude sur un fait susceptible d'une foule de nuances et de variétés.

Legrand du Saulle résume en ces termes son opinion sur ce point difficile :

1° Si, avant son mariage, l'époux a contracté une affection syphilitique, s'il a tout employé pour obtenir sa guérison complète, s'il s'est cru très sincèrement guéri et s'il a cependant contaminé sa femme, il n'y a pas injure grave.

2° Si, depuis son mariage, le mari est devenu malade par suite de débauches, et s'il a communiqué à sa femme une

maladie dont il ne se savait pas atteint, il n'y a pas non plus injure grave.

3° Si le mari se sait infecté, s'il est acquis qu'il n'a pu ignorer son état, et s'il a eu néanmoins l'infamie de souiller sa femme, il y a injure grave.

4° S'il est démontré que le mal vénérien a été apporté par la femme dans la couche conjugale, comme il est presque impossible de ne pas voir là une preuve d'adultère et un sanglant outrage au mari, il y a nécessairement injure grave.

La conduite du médecin, dans les cas de demandes en séparation basées sur l'infection syphilitique, doit être extrêmement réservée, et les auteurs sont tous d'accord pour conseiller la plus grande prudence. Ainsi Legrand du Saulle recommande de ne pas délivrer de certificat établissant que tel malade a la vérole, parce qu'on ne peut savoir d'avance quel usage on en fera; dans le cas où l'on croit devoir en donner un, il faut que le malade le demande formellement lui-même, *par écrit*, et spécifie que c'est dans un but sérieux et bien défini. Ricord, consulté sur ce point délicat, émet l'opinion suivante : « Je refuse à peu près toujours de certifier que M. X... est atteint d'accidents syphilitiques. Si j'ai soigné le malade, je me contente de lui dire qu'il fasse de mes ordonnances tel usage qu'il croira bon. Lorsqu'un magistrat m'interroge dans une enquête civile, je ne réponds que lorsque j'y suis autorisé par l'individu qui m'a consulté. Quand il s'agit d'un procès en séparation de corps, je fais tous mes efforts pour que l'instance s'appuie sur un tout autre motif que sur la maladie vénérienne, d'abord parce que ce motif n'est pas toujours admis, et ensuite parce qu'il est à peu près impossible d'établir auquel des époux doit être imputée la priorité de l'infection. » Tardieu recommande également au médecin de se tenir sur ses gardes, car « sa bonne foi peut être surprise, s'il ne s'est pas fait d'avance une règle absolue de se refuser toujours à ces déclarations vagues, à ces certificats plus ou moins entachés de complaisance dont il est si facile d'abuser. La question en effet n'est pas de reconnaitre l'existence de la syphilis chez l'un des deux époux, c'est, est-il besoin de le dire? d'en

déterminer l'origine et de les rattacher l'un à l'autre par le triste lien de la contagion. »

Quant à la constatation des accidents, qu'ils soient récents ou anciens, elle présente le plus souvent de telles difficultés qu'il est impossible de préciser s'ils ont débuté chez le mari ou la femme, et que le médecin ordinaire doit laisser à l'expert commis par la loi le soin d'établir la priorité. Legrand du Saulle conseille enfin, lorsqu'on ne peut s'appuyer que sur des preuves insuffisantes, d'en faire un aveu loyal devant la justice.

e. *Maladies diverses.* — Celles qui sont le plus souvent invoquées sont l'*hystérie*, l'*épilepsie* et la *folie*.

α. *Hystérie.* — Bien qu'elle soit souvent mise en cause, dans les cas de séparation, par les avocats qui en font une description le plus souvent fantaisiste, elle ne peut être considérée comme un motif valable.

β. *Épilepsie.* — La loi française est muette sur ce point et n'admet pas, comme certaines législations étrangères (Danemark), qu'on puisse introduire une demande en nullité de mariage basée sur cette grave affection, à moins de circonstances exceptionnelles, lorsqu'on peut, comme dans le cas cité plus haut (page 16), prouver que le conjoint épileptique n'avait pas sa raison au moment de la célébration du mariage.

γ. *Folie.* — De même que l'épilepsie, la folie n'est pas généralement admise comme motif suffisant en séparation de corps, parce que les tribunaux la considèrent comme un mode immoral d'affranchissement conjugal.

ACTION EN DÉSAVEU, CONTESTATION DE LÉGITIMITÉ.

Législation. — *Code civil.* Art. 312. — L'enfant conçu pendant le mariage a pour père le mari ; néanmoins, celui-ci pourra désavouer l'enfant s'il prouve que, pendant le temps couru depuis le trois centième jour jusqu'au cent quatre-vingtième jour avant la naissance de cet enfant, il était, soit pour cause d'éloignement, soit par l'effet de quelque accident, dans l'impossibilité physique de cohabiter avec sa femme.

Art. 313. — Le mari ne pourra, en alléguant son impuissance naturelle, désavouer l'enfant; il ne pourra le désavouer même pour cause d'adultère, à moins que la naissance ne lui ait été cachée, auquel cas il

sera admis à proposer tous les faits propres à justifier qu'il n'en est pas le père. En cas de séparation de corps prononcée et même demandée, le mari pourra désavouer l'enfant qui sera né trois cents jours après l'ordonnance du président rendue aux termes de l'article 878 du Code de procédure civile, et moins de cent quatre-vingts jours depuis le rejet définitif de la demande ou depuis la réconciliation. L'action en désaveu ne sera pas admise s'il y a eu réunion de fait entre les époux.

Art. 314. — L'enfant né avant le cent quatre-vingtième jour du mariage ne pourra être désavoué par le mari dans les cas suivants : 1° s'il a eu connaissance de la grossesse avant le mariage; 2° s'il a assisté à l'acte de naissance et si cet acte est signé de lui, ou contient sa déclaration qu'il ne sait pas signer; 3° si l'enfant n'est pas déclaré viable.

Art. 315. — La légitimité de l'enfant, né trois cents jours après la dissolution du mariage, pourra être contestée.

L'enfant, pour établir sa *filiation légitime*, doit démontrer : 1° que la femme dont il se dit l'enfant est ou a été mariée ; — 2° qu'elle a eu un enfant à telle époque; — 3° qu'il est l'enfant dont elle est accouchée ; — 4° qu'il est issu des œuvres du mari de sa mère.

Cette dernière prescription, en vertu du vieil adage « *Pater is est quem nuptiæ demonstrant* », repose : 1° sur la présomption de cohabitation des époux à l'époque de la conception de l'enfant; — 2° sur la présomption que la mère a été fidèle au mari.

Si les grossesses avaient la même durée chez toutes les femmes, il serait facile de démontrer que l'enfant a été conçu pendant le mariage ; malheureusement il n'en est rien, et il est impossible de préciser le moment exact, le jour et l'heure de la conception. Les anciens comptaient que la durée de la grossesse correspondait à dix fois la période menstruelle, c'est-à-dire à 280 jours pour les femmes réglées tous les 28 jours, et 300 pour celles qui ont leurs règles tous les 30 jours. Ces limites n'ont rien d'absolu, et bien des femmes accouchent avant le 275e jour, tandis que d'autres dépassent le 300e. La législation admet comme limite inférieure 180 jours pour les gestations les plus courtes, et comme limite supérieure 300 jours pour les gestations les plus longues.

On entend, par *action en désaveu*, une action par laquelle

le mari ou ses héritiers ou ses légataires universels ou à titre universel soutiennent que la présomption : *Pater is es quem nuptiæ demonstrant*, invoquée par un enfant né ou conçu pendant le mariage, est, quant à lui, contraire à la vérité.

Suivant Legrand du Saulle, cette action en désaveu peut se produire dans les trois circonstances suivantes : 1° l'enfant est conçu et né pendant le mariage; — 2° l'enfant est conçu avant, mais né pendant le mariage; — 3° l'enfant es né après la dissolution du mariage.

A. *Enfant conçu et né pendant le mariage.* — Pour que l'action en désaveu soit admise, il faut démontrer qu'il y a eu : 1° *Impossibilité physique de cohabitation* entre les deux époux depuis le 300e jusqu'au 180e jour avant la naissance de l'enfant, soit pour cause d'éloignement, soit par suite de quelque accident. Le médecin légiste ne peut être consulté que sur ce dernier point, pour établir si telle blessure, telle opération ou tout autre accident a été de nature à empêcher toute cohabitation physique pendant le temps légal de la conception. Nous avons vu précédemment que l'impuissance, dans la grande majorité des cas, n'était pas une cause valable. On s'est demandé si une *maladie interne*, assez grave pour rendre impossible toute cohabitation pendant le temps voulu, pouvait être acceptée comme motif de désaveu; les avis sur ce point sont partagés : les uns sont pour l'affirmative (Duvergier, Toullier, Demolombe, Dalloz); — d'autres (Duranton, Vergé, Massé) pour la négative, et prennent le mot *accident* dans son sens restreint, c'est-à-dire désignant exclusivement un fait extérieur qui atteint les organes extérieurs et produit une impuissance évidente. Legrand du Saulle se rallie à la première opinion, et fait remarquer que le législateur a justement évité de définir le mot *accident*, pour donner aux magistrats plus de latitude et leur permettre de tenir compte des circonstances. — 2° *Adultère de la femme et recel de l'enfant, joints à l'impossibilité morale de cohabitation.* Pour que le désaveu soit introduit, il faut qu'il y ait eu recel de l'enfant, c'est-à-dire que la naissance ait été cachée au mari. Le médecin a rarement à intervenir dans cette circonstance, à moins qu'il

ne soit consulté sur certaines causes de mésintelligence invoquées par la femme comme rendant moralement impossible la cohabitation, tels que le grand âge du mari et son état valétudinaire. — 3° *Séparation de corps.* D'après l'article 315, le mari pourra désavouer l'enfant qui sera né 300 jours après l'ordonnance du président, rendue aux termes de l'article 868 du Code de procédure, et moins de 180 jours depuis le rejet définitif de la demande ou de la réconciliation. Le point important ici pour la femme sera d'établir l'époque de la grossesse, et c'est plus particulièrement sur ce point que sera consulté le médecin expert.

B. *Enfant né pendant, mais conçu avant le mariage.* — D'après le paragraphe 3 de l'article 314, le désaveu ne peut être prononcé dans les cas où l'enfant n'est pas né viable : c'est la seule des conditions de cet article qui puisse intéresser le médecin ; il sera appelé dans ce cas à constater la viabilité de l'enfant ; s'il reconnait que le produit de la conception, quoique né vivant, a une conformation qui rend la vie impossible, l'action en désaveu tombe d'elle-même, parce que la poursuite n'aurait d'autre effet que de déshonorer la femme sans bénéfice pour le mari.

C. *Enfant né après la dissolution du mariage. Naissances tardives.* — Dans la grande majorité des cas, la durée de la gestation ne dépasse pas 300 jours ; pourtant, dans certaines circonstances *très exceptionnelles*, elle peut se prolonger quelques jours au delà (Klein, Fodéré et Legrand du Saulle). Aussi le législateur, tenant compte de ces caprices de la nature, n'a pas voulu que l'enfant, né 300 jours après la dissolution du mariage, fût considéré comme un enfant naturel, et a déclaré, par l'article 315, que sa légitimité « *pourra être contestée* », mais que l'enfant n'est pas nécessairement illégitime par le seul fait de sa naissance tardive. Actuellement, lorsque les héritiers du mari intentent une action en désaveu, les tribunaux déclarent *toujours illégitime* l'enfant né 300 jours après la dissolution du mariage ; mais dans le cas où aucune action ne se produit contre lui, il conserve sa légitimité.

Cette question de naissance soulève des difficultés parfois délicates à résoudre : ainsi, d'après l'article 228 du

Code civil, « la femme ne peut contracter un nouveau mariage qu'après 10 mois révolus depuis la dissolution du mariage précédent ». Une infraction à cette défense n'est pas une cause de nullité du second mariage, et il peut arriver que la femme accouche à la fois dans les 300 jours de la dissolution du premier mariage, et plus de 179 jours après la célébration du second; de telle sorte que le produit puisse être à la fois, par une naissance tardive, l'enfant du premier mari, ou, par une naissance précoce, l'enfant du second. Dans ce cas, auquel des deux maris devra être attribuée la paternité? Les opinions sont très partagées: les uns regardent l'enfant comme le fils et par suite l'héritier des deux maris; — les autres au contraire le considèrent comme n'appartenant à aucun d'eux et conséquemment le déclarent incapable d'hériter; — d'autres (Demolombe, Dalloz, Capuron, Devergie) pensent que l'enfant doit être attribué au second mari « non seulement dans le cas où le premier mari, longtemps abattu par la maladie dont il est mort, peut être présumé n'avoir eu aucun rapport avec sa femme, mais encore si, enlevé par une mort soudaine, il a pu engendrer peu de temps auparavant. » Suivant l'opinion la plus généralement admise aujourd'hui (Proudhon et Valette, Duranton, Toullier, Massé et Vergé), on laisse aux tribunaux le droit de déclarer, d'après les circonstances, quel est le véritable père; il est convenu de mettre de côté les présomptions légales, pour rechercher en fait, d'après les indices et les probabilités, quel est celui des deux qui doit être réputé le père (Briand et Chaudé). C'est dans ce cas que pourra intervenir le médecin, pour établir les conditions de santé du premier mari et déterminer si, dans les derniers temps de sa vie, il était en état ou non de cohabiter avec sa femme.

DE L'IDENTITÉ.

Législation. *Code civil*. Art. 341. — La recherche de la maternité est admise. L'enfant qui réclamera sa mère sera tenu de prouver qu'il est identiquement le même que l'enfant dont elle est accouchée. Il ne sera reçu à faire cette preuve par témoins que lorsqu'il aura déjà un commencement de preuves par écrit.

Art. 319. — La filiation des enfants légitimes se prouve par les actes de naissance inscrits sur le registre de l'état civil.

Art. 320. — A défaut de ce titre, la possession constante de l'état d'enfant légitime suffit.

Art. 321. — La possession d'état s'établit par une réunion suffisante de faits qui indiquent le rapport de filiation et de parenté entre un individu et la famille à laquelle il prétend appartenir. Les principaux de ces faits sont : que l'individu a toujours porté le nom du père auquel il prétend appartenir; — que le père l'a traité comme son enfant et a pourvu, en cette qualité, à son éducation, à son entretien et à son établissement; — qu'il a été reconnu constamment pour tel dans la société; — qu'il a été reconnu pour tel par la famille.

Art. 323. — A défaut de titre et de possession constante, ou si l'enfant a été inscrit, soit sous de faux noms, soit comme né de père et mère inconnus, la preuve de la filiation peut se faire par témoins. Néanmoins, cette preuve ne peut être admise que lorsqu'il y aura un commencement de preuve par écrit ou lorsque les présomptions ou indices, résultant de faits dès lors constants, sont assez graves pour déterminer l'admission.

L'identité est la détermination de l'individualité d'une personne (Lacassagne).

Cette question d'identité peut se présenter soit pendant la *vie*, soit après la *mort*.

Chez le *vivant*, il s'agira : 1° de déterminer l'individualité d'une personne trouvée sans papiers sur la voie publique; — 2° de répondre aux allégations d'un prévenu qui, réclamant le bénéfice d'un alibi, prétend avoir été arrêté sous prétexte de ressemblance avec un individu poursuivi, condamné ou évadé; — 3° de préciser si un individu est bien celui qu'il prétend être, dans le cas par exemple où un absent reparaît au bout de longues années et vient réclamer un héritage; — 4° d'établir la question de possession d'état ou de filiation, lorsqu'il y a eu destruction des registres de l'état civil, dans les cas de suppression ou de substitution d'enfant, ou lorsqu'un individu soutient être le fils d'une femme qui affirme n'avoir jamais eu d'enfant.

Après la mort, l'expertise aura pour objet un cadavre entier ou mutilé, des débris ou des ossements trouvés quelquefois après de longues années, comme dans l'affaire Bastien et Robert, dont le crime ne fut découvert qu'au bout de dix ans.

Cette étude tout individuelle devra quelquefois être complétée par l'examen de certaines circonstances accessoires, accidentelles, qui, dans le cas de crime, peuvent aider aux investigations de la justice (indices fournis par des traces de pas, de roues de voitures, empreintes sur le sol, objets trouvés ou abandonnés, etc.).

1° **Identité pendant la vie.** — Elle s'établit à l'aide de signes *physiologiques*, *pathologiques* ou *accidentels*.

a. **Signes physiologiques.** — Ce sont : l'*âge*, le *sexe*, la *taille*, le *poids*, l'*expression du visage*, l'*attitude*, la *démarche*, l'*état intellectuel*.

Nous avons vu précédemment ce qui a trait à l'*âge* et au *sexe* (voir page 2); nous étudierons plus loin, à propos du squelette, les indications que peuvent fournir la *taille* et le *poids* de l'individu.

b. *Signes pathologiques.* — Ce sont : des *traces* d'anciennes fractures, certaines déformations congénitales ou accidentelles, comme le bec-de-lièvre, le pied-bot, le rachitisme, la claudication, les déviations de la colonne vertébrale, etc. ; — l'*état des dents* (écartement, déviation, carie, usure, plombage, etc.) ; — certaines *tumeurs* (verrues, loupes, hernies); — des *taches* ou signes de naissance (envies, grains de beauté, tissu mélanique) ; — des *cicatrices ;* leur aspect varie suivant leur âge : les cicatrices récentes sont vineuses et d'un rouge plus ou moins intense ; les anciennes sont blanches et nacrées, même chez les nègres, et finissent, à la longue, par présenter souvent la même teinte que la peau ; il suffit pour les rendre apparentes de frotter vivement les téguments sur ce point ; la cicatrice, moins riche en matière colorante et en vaisseaux, reste blanche, les parties environnantes se congestionnent et prennent une coloration plus ou moins vive.

Le temps que met une cicatrice à disparaître dépend de la plus ou moins grande profondeur de la blessure dans le tissu et dans les vaisseaux du derme. Si cette dernière n'a intéressé que l'épiderme ou la partie la plus superficielle du derme (égratignures d'ongles, d'épingles, piqûres de sangsues, ventouses), la cicatrice peut disparaître complètement · — s'il y a eu perte de substance, avec longue sup-

puration, comme dans les cas de chancre, de bubons, d'ulcères guéris depuis longtemps, les cicatrices ne disparaissent jamais entièrement. Il en est de même des cicatrices qu'on trouve chez les individus de la basse classe et qui résultent de rixes, de coups reçus sur la tête. (Casper.)

Peut-on reconnaître la date d'une cicatrice à sa forme et à sa couleur ? Selon Casper, le genre de blessure et l'individualité du blessé peuvent faire varier beaucoup l'état de la cicatrice ; ainsi les traces de la petite vérole peuvent être blanches chez certaines personnes après six ou huit mois, tandis que chez d'autres elles sont encore rouges après deux ou trois ans. Il en est de même des cicatrices et des blessures ; aussi Casper pense-t-il qu'on ne doit juger l'ancienneté d'une cicatrice qu'avec la plus grande réserve et qu'on ne peut se prononcer que dans les cas négatifs. Ainsi « quand on trouvera une cicatrice blanche, luisante, on pourra dire avec certitude qu'elle ne peut pas provenir d'une blessure faite il y a deux, trois, quatre semaines, car l'expérience démontre qu'en si peu de temps une cicatrice ne peut pas pâlir ; mais on ne pourrait pas dire, dans ce cas, si la cicatrice date de deux ou de six ans. »

Tatouage. — Il peut donner des indications précieuses sur la classe et la profession de l'individu, grâce aux initiales, aux noms, aux dates ou aux emblèmes. Aussi l'expert devra-t-il les examiner et les décrire avec soin sur le vivant ou sur le cadavre.

Les gens chez lesquels on les observe le plus ordinairement sont les hommes de la classe ouvrière, surtout les marins et les soldats, qui en portent sur les bras, les mains, la poitrine et les membres inférieurs.

Tardieu affirme qu'on ne les observe jamais avant 16 ans ; ce fait n'est pas exact, et l'on a vu des tatouages chez des mousses, des novices et chez des enfants âgés de 13 à 14 ans n'appartenant pas à la marine (Lutaud).

Ces tatouages, étudiés par Tardieu, Hutin, Casper, ont d'autant plus de valeur qu'ils sont *presque toujours indélébiles ;* dans certains cas cependant, on les a vus disparaître spontanément ; leur persistance dépend surtout de la matière colorante employée : ainsi l'indigo, le curcuma et sur-

tout le vermillon sont moins tenaces que l'encre végétale bleue ou rouge et surtout l'encre de Chine.

Ces dessins, qu'on obtient à l'aide de la poudre à canon, du noir de fumée, du vermillon ou du bleu de Prusse, sont extrêmement variés; ce sont : des emblèmes militaires (sabres, croix, médailles, fusils, canons, ancres); des emblèmes amoureux (noms, cœurs percés de flèches); des emblèmes religieux (Christ en croix, Saint-Esprit); des emblèmes professionnels (outils, instruments); d'autres fois, c'est une botte dessinée sur le pénis.

Quelquefois certains individus, pour se débarrasser de ces marques compromettantes, cherchent à les faire disparaître, à l'aide de cautérisations faites avec un acide étendu d'eau; quand l'opération est bien faite, il en résulte une petite cicatrice plus ou moins rouge ou jaunâtre, derrière laquelle il est difficile sur le vivant de retrouver le tatouage. Sur le cadavre, Follin a indiqué le moyen de reconnaître si le tatouage a été effacé ou remplacé par une cicatrice. Il a constaté : 1° que les ganglions correspondants à la région tatouée sont toujours imprégnés de la matière colorante du tatouage (voir pl. 1, fig. 1); — 2° que, quand l'opération est récente, on trouve des matières colorantes dans les vaisseaux lymphatiques situés entre les piqûres et les ganglions. Cette matière colorante reste indéfiniment dans les ganglions; on peut donc affirmer, par l'examen de ces organes, qu'un tatouage a existé dans telle ou telle région et en fixer ainsi le siège; particularité qui a son importance pour certaines professions, par exemple chez les marins.

Au point de vue pratique, Casper trouve que Tardieu va trop loin en affirmant que ces tatouages peuvent à eux seuls fixer l'identité douteuse et la profession du décédé; il pense qu'il peut en résulter des erreurs graves, et que ces indices ne peuvent avoir une valeur assez précise pour qu'on en fasse une règle générale.

c. *Signes ou stigmates professionnels.* — Les professions laissent en général à ceux qui les excercent des caractères physiques qui permettent de constater leur identité presque à première vue. La connaissance de ces caractères est donc des plus utiles pour le médecin expert.

Tardieu, qui les a étudiés spécialement, les rattache aux quatre types suivants : 1° épaississement de l'épiderme ; — 2° altérations de la structure de la peau ; — 3° modifications de la coloration normale ; — 4° déformations des parties.

Ces modifications physiques sont toutes produites par des causes identiques : frottement de l'outil, pression ou effort continu de certaines parties du corps, position vicieuse, contact prolongé avec certaines matières capables d'agir sur les tissus mécaniquement ou chimiquement.

Tardieu divise encore les professions en trois grandes catégories : 1° celles qui ne fournissent que des signes incertains ; — 2° celles qui fournissent des signes certains, mais non constants ; — 3° celles dont les signes sont à la fois constants et certains.

Nous n'examinerons, parmi les innombrables professions qu'on rencontre dans l'industrie, que les signes pouvant avoir une valeur véritable au point de vue médico-légal. Nous résumerons très succinctement les caractères les plus saillants, en suivant l'ordre alphabétique.

Bijoutiers. — Renversement de la dernière phalange du pouce en dehors.

Blanchisseurs de tissus. — Quand le blanchiment se fait à la vapeur et au soufre, ramollissement de la peau des mains par le contact de l'acide sulfureux ; épiderme blanchi, ridé, détruit par places.

Blanchisseuses. — Épaississement considérable de la paume de la main, surtout de la droite, qui tient le battoir ; mains rouges, gonflées, déformées ; épiderme macéré par l'eau et les alcalins ; gerçures au dos des mains et entre les doigts ; ongles usés et peu développés ; peau des avant-bras lisse et rouge ; calus au milieu et sur la face cubitale de l'avant-bras chez celles qui lavent à genou, les bras appuyés sur le rebord d'un demi-tonneau ou d'un bateau.

Brunisseuses en cuivre. — Face palmaire de la main droite calleuse et noircie ; à la main gauche, callosités : 1° sur la face dorsale et le bord radial de l'index ; 2° sur la tête du deuxième métacarpien ; 3° à l'extrémité de la face palmaire du pouce.

Cloutiers. — Epaule gauche plus élevée que la droite ;

inclinaison du corps à droite, ayant pour résultat de porter tout le poids du corps de ce côté, de courber la jambe correspondante, ce qui produit souvent une claudication plus ou moins marquée (Masson). Déformation des mains : les doigts de la droite sont déviés en dedans, de manière à rendre impossible le mouvement d'opposition du pouce et de l'index ; aussi l'ouvrier ne peut-il ramasser de petits objets sur la table ; quelquefois contracture des doigts qui lui empêche d'ouvrir ou de fermer la main.

Cochers. — Entre le pouce et l'index d'une part, et entre la troisième et la quatrième phalange de la main gauche de l'autre, sillons plus ou moins profonds et callosités, dus au contact prolongé des guides serrées avec force. A la main droite, durillon constant entre le pouce et l'index, résultat de la pression du fouet.

Coiffeurs. — Double durillon calleux, saillant, arrondi en forme de cor, placé sur la face dorsale de la deuxième phalange du doigt annulaire de la main droite, et à la face palmaire de la première phalange du pouce, vers son bord interne. Cette déformation, due au maniement du fer, n'existe, suivant Tardieu, que dans cette profession.

Cordonniers. — A la main *droite*, qui tire le fil pour l'enduire de poix : 1° aplatissement du pouce et de l'index ; 2° crevasse à bord dur et calleux au niveau du pli qui sépare les deuxième et troisième phalanges de l'index ; — à la main *gauche*, élargissement en spatule de la pulpe du pouce, dont l'ongle présente une disposition tout à fait caractéristique : il est en effet considérablement épaissi et dur, fendillé, éraillé, rayé, quelquefois même profondément sillonné par les coups d'échappement de l'alène. A la poitrine, immédiatement au niveau de l'appendice sternal, dépression profonde, circulaire, nettement circonscrite, résultant de la pression de la forme. A la partie inférieure de la cuisse gauche, au niveau du tendon du triceps, durillon assez large, produit par les coups de marteau destinés à aplatir le cuir.

Corroyeurs. — Sur la paume des deux mains, quatre durillons épais à la base des doigts ; repli calleux et saillant qui suit la ligne de flexion entre le métacarpe et les pha-

langes. De plus, coloration brune caractéristique des mains. Si on les touche avec une solution de prussiate de potasse et de fer, la peau prend instantanément une coloration noire foncée.

Couturières. — Peau de l'index de la main gauche épaisse et rugueuse, épiderme noirci et déchiqueté par les piqûres d'aiguille.

Chapeliers. — Mains rouges et comme macérées; elles présentent des callosités épaisses au niveau des éminences thénar et hypothénar.

Cuivre (ouvriers travaillant le). — Des morceaux d'épiderme ou d'ongles, traités par l'acide nitrique bouillant, donnent une solution qui, additionnée d'ammoniaque, prend une belle couleur bleue.

Débardeurs ou *déchireurs de bateaux.* — Au niveau des doigts, surtout aux doigts de pieds, entre les orteils, altération et ramollissement du derme, avec gerçure et usure des parties en contact continuel avec l'eau; cette affection, signalée par Parent-Duchatelet, est désignée sous le nom de *grenouille.*

Dentellières. — Ongle de l'index de la main droite très court, pour ne pas couper les fils; ongle de l'index de la main gauche très long, pour détacher facilement les petites épingles piquées sur le tambour.

Ebénistes. — A la face palmaire de la main gauche, on constate trois rangées de petites plaques calleuses, au nombre de quatre à chaque rangée : la rangée médiane correspond aux quatre éminences situées à l'origine des doigts; la supérieure est à environ deux centimètres plus haut, dans la paume de la main; les plaques inférieures sont sur chaque doigt immédiatement au-dessus du pli de l'articulation des première et deuxième phalanges. De plus, à la main droite : ouverture plus grande qu'à l'état normal de l'angle compris entre le pouce et l'index; inclinaison de l'index et des autres doigts vers le bord interne de la main. Ces doigts ne sont plus dans le prolongement des métacarpiens correspondants. Ces déformations sont communes à l'ébéniste et au menuisier. Ajoutons enfin des callosités au bord externe de l'index, au bord interne du pouce, et une

plaque calleuse du diamètre d'une pièce de deux francs au milieu de la paume de la main.

Ecrivains expéditionnaires. — Au bord cubital du petit doigt de la main droite, près de son extrémité, durillon arrondi en forme de cor ; et, à l'extrémité du doigt médius, un sillon endurci à l'endroit où appuie la plume.

Fleuristes. — Marque caractéristique entre le pouce et l'index de la main gauche ; pulpe de ces deux doigts allongée et aplatie en forme de spatule étroite ; induration et épaississement de l'épiderme.

Graveurs sur métaux. — A la face palmaire de la main droite, au-dessous des quatrième et cinquième doigts, le burin détermine un pli prismatique, très dur, saillant, de 7 à 8 centimetres et formant transversalement une ligne courbe dont la cavité regarde la base des doigts ; de plus, durillon sur l'éminence hypothénar et sur le bord cubital du petit doigt.

Horlogers. — L'ongle du pouce de la main droite est épaissi, écorné par suite de la manière dont ils ouvrent les montres.

Menuisiers. — A la main droite, sur la face dorsale, au niveau des articulations de la première et de la deuxième phalange de l'index, durillon très saillant, dû à la pression de la poignée de la varlope ; à la main gauche, sur le bord radial de l'index, durillon calleux, semi-lunaire, causé par le frottement du manche du ciseau.

Photographes. — Mains noircies par le nitrate d'argent ou jaunies par le bichromate de potasse. Pas de durillon, mais souvent, à l'extrémité des doigts, des traces d'usure de l'épiderme par la pierre ponce, dont on fait beaucoup usage dans cette profession.

Plomb. — Chez les ouvriers en plomb, lésions caractéristiques et connues, telles que le liseré noir des gencives ou la coloration de la peau sous l'action d'un bain sulfureux.

Monteuses de fleurs artificielles. — Stigmate caractéristique entre l'index et le pouce de la main gauche ; la pulpe de ces deux doigts est en même temps allongée et aplatie en forme de spatule étroite.

Meuniers. — Pigmentation noire de la face dorsale des

quatre dernières phalanges de la main gauche, chez le meunier qui repasse la meule lui-même.

Polisseurs. — Peau fendillée, rugueuse et grisâtre, aux points de contact des doigts contre les objets à polir (écaille, corne ou ivoire).

Piqueuses de bottines. — Main gauche comme parcheminée ; sur le bord externe de l'index, longue plaque beaucoup plus dure, plus calleuse et plus piquetée que chez la couturière.

Relieurs. — Callosités très considérables des tendons extenseurs du pouce, au niveau du poignet, par suite du maniement d'un marteau pesant 6 kilogrammes.

Repasseuses. — Courbure très marquée des trois derniers doigts de la main droite, lesquels sont renversés sur le dos de la main, l'extrémité de ces doigts, pendant l'empesage et le plissage, étant fortement appuyée pour marquer les plis du linge.

Serruriers. — A la main droite, large callosité entre le pouce et l'index, à la base de chaque doigt. De plus, à la main gauche qui manie le fer, un calus très fort entre l'index et le pouce. On trouve en outre de la poudre de fer incrustée dans chaque pli de la peau.

Tailleurs d'habits. — Par suite de leur position toujours assise, les jambes croisées et le corps courbé en avant, on trouve sur les malléoles externes une tumeur molle et rouge, grosse quelquefois comme une noix ; sur le bord externe du pied, une tumeur semblable mais moins grosse ; sur le cinquième orteil, une callosité rougeâtre ; enfin à la partie inférieure du thorax, une dépression résultant de la voussure de la poitrine.

Teinturiers. — Mains parcheminées et teintes, presque uniformément, surtout à la face palmaire, des couleurs qui résistent au lavage et ne disparaissent qu'incomplètement avec le chlore. Pour constater la nature de la matière colorante, il faut enlever quelques portions d'épiderme ou d'ongle, et les examiner chimiquement.

Tourneurs en bois. — A la main gauche : sur le bord cubital de l'index, durillon semi-lunaire ; sur le pouce, dans le point correspondant, un calus très gros, dur et saillant ; un

autre calus sur le bord cubital de la main et sur le côté du petit doigt; les doigts, fortement serrés et comme rentrant l'un dans l'autre, présentent une disposition analogue à celle des orteils.

Vanniers. — Lutaud indique comme des stigmates qui, selon lui, n'ont pas encore été signalés : un épaississement considérable de l'épiderme, occupant toute l'étendue de l'éminence hypothénar et le bord cubital du petit doigt. « Après avoir passé sa tige d'osier entre le montant du panier, le vannier frappe un coup sec avec la main, tenue horizontalement. » C'est ainsi que se produit ce calus qu'on observe souvent chez les vagabonds qui exercent volontiers le métier assez vague de vannier.

Vitriers. — Pouce à forme de spatule allongée, très large au niveau de l'articulation des deux phalanges, effilée à son extrémité.

Le médecin expert devra aussi tenir compte de certaines habitudes ou de certains indices, étrangers aux professions, mais qui peuvent servir à fixer l'identité.

Ainsi, chez les *joueurs de violon*, à la main gauche, sur l'éminence thénar et au côté externe des deuxième et troisième phalanges de l'index, une callosité due à la pression contre le manche de l'instrument; de plus, endurcissement de l'épiderme à l'extrémité des quatre derniers doigts. — Chez le *joueur de guitare*, callosités au bord radial du pouce et à l'extrémité des quatre derniers doigts de la main droite; à la main gauche, callosités variables au centre de la pulpe des quatre derniers doigts. — Chez le *joueur de harpe*, durillon au côté radial seulement de la dernière phalange de chaque pouce, duretés à l'extrémité des quatre derniers doigts des deux mains. — Chez les *fumeurs de cigarettes*, imprégnation profonde de l'épiderme de la phalangette du pouce et de l'index; chez celui qui *fume la pipe*, usure plus ou moins marquée des deux dents sur lesquelles pose la pipe ; il en résulte à la longue un trou régulièrement arrondi entre les incisives et les canines, ou bien entre ces dernières et les petites molaires, à l'une ou l'autre mâchoire. Enfin imprégnation de l'émail des dents presque constant sur la face postérieure. — Chez les *priseurs*, muqueuse de Schneider sou-

vent décolorée, toujours épaissie, teintée en jaune et portant encore des grains noirs, même lorsque le sujet n'a pas fait usage du tabac depuis un mois ou deux. — Chez le *mangeur de bétel*, dents noircies et à la fin usées jusqu'aux gencives. Ce signe peut, suivant Briand et Chaudé, indiquer un séjour aux Indes, l'usage du bétel étant inconnu en Europe. — Chez les gens qui ont l'habitude de *faire usage d'une canne*, callosités dans la paume de la main et à la racine des doigts, surtout chez les individus qui boitent et s'appuient fortement en marchant.

2° **Identité après la mort.** — Les caractères que nous venons d'indiquer, suffisants en général pour déterminer l'identité chez le vivant, peuvent également servir après la mort; mais, dans les cas où le corps est dans un état de putréfaction avancée ou réduit à l'état de squelette, ils deviennent d'une utilité discutable et parfois tout à fait insuffisants. L'expert est alors obligé de recourir à des données scientifiques qui permettent, dans l'immense majorité des cas, de préciser l'âge et le sexe du cadavre. Nous voulons parler de l'examen du système osseux.

a. **Détermination de l'âge.** — Nous ne nous occuperons ici que de l'âge de l'individu à partir de la naissance; nous étudierons, à propos de l'infanticide, la détermination de l'âge du fœtus.

Nous avons déjà vu chez l'enfant les signes fournis par l'évolution dentaire; en dehors de ces indices, la détermination de l'âge se précisera surtout par l'examen du système osseux, et l'époque de l'apparition des points d'ossification.

Voici, suivant Orfila et Sappey, dans quel ordre ils se développent :

A la naissance, l'extrémité inférieure du fémur, l'extrémité supérieure du tibia et l'astragale sont ossifiés.

4 mois. — Les branches de l'os hyoïde le sont aussi.

5 mois. — Ossification complète des cornets inférieurs.

6 mois. — Point d'ossification du cuboïde et soudure des grandes ailes du sphénoïde au corps de cet os.

7 mois. — Apparition, à droite et à gauche du bec du sphénoïde, de deux points osseux qui formeront les cornets de Bertin.

De 6 mois à 1 an. — Ossification de la lame criblée et de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde. Vers la fin de la première année, soudure de la lame criblée aux masses latérales de l'ethmoïde.

1 an. — Points d'ossification dans les cartilages de l'extrémité inférieure de l'humérus et du cubitus, dans les têtes du fémur et de l'humérus, dans le cartilage supérieur du tibia, dans la première vertèbre coccygienne, le grand os et l'os crochu.

2 ans. — Points d'ossification dans le cartilage inférieur du radius, au milieu de l'extrémité inférieure du tibia et du péroné, et au bord interne de la poulie de l'humérus.

On peut isoler le point osseux de l'aphophyse transverse de la septième cervicale, ceux de l'extrémité inférieure du radius et l'extrémité inférieure du péroné. Soudure des deux noyaux de l'apophyse odontoïde.

2 ans 1/2. — Points d'ossification dans la grande tubérosité de la tête de l'humérus, dans la rotule, dans l'extrémité inférieure des quatre derniers os métacarpiens.

Vers la fin de cette année, les points osseux des lames vertébrales sont réunis : il faut en excepter ceux de l'axis, dont la réunion ne se fait que vers l'âge de 3 ans; ceux de l'atlas, de 4 à 5 ans, enfin ceux des vertèbres sacrées, vers 9 ans. La soudure des pièces du temporal s'est opérée.

3 ans. — Point d'ossification dans le trochanter et l'os pyramidal du carpe.

Il y a en outre soudure du corps de l'axis avec l'apophyse odontoïde, et commencement de soudure des trois pièces dont se compose chacune des deux dernières vertèbres sacrées.

3 ans 1/2. — Ossification de la petite tubérosité de l'humérus, soudure de l'apophyse styloïde du temporal.

4 ans. — Ossification de l'épitrochlée, de la rotule et du scaphoïde du pied.

De 4 à 5 ans. — Ossification du trapézoïde, du semi-lunaire, du scaphoïde de la main ; point d'ossification postérieure de l'olécrâne ; point primitif de la première vertèbre coccygienne; soudure des trois points osseux formant l'extrémité supérieure de l'humérus ; union des lames de la

deuxième vertèbre avec le corps; formation des cellules ethmoïdales.

5 *ans.* — Ossification complète de l'extrémité supérieure du péroné, de l'extrémité supérieure du radius, des épiphyses des quatre derniers métacarpiens et des quatre derniers métatarsiens, du trapèze.

De 6 *à* 7 *ans.* — Ossification de l'extrémité supérieure du premier métacarpien et des phalanges de la main ; de l'extrémité postérieure du premier métatarsien et des phalanges du pied. Le fusiforme est ossifié.

De 6 *à* 9 *ans.* — Apparition des points osseux primitifs des deuxième, troisième et quatrième vertèbres coccygiennes.

De 8 *à* 9 *ans.* — Apparition des épiphyses du petit trochanter et de l'extrémité inférieure du cubitus. Ossification de la lame épiphysaire postérieure du calcanéum.

A 10 *ans.* — Apparition du point osseux de la cinquième vertèbre coccygienne.

De 10 *à* 12 *ans.* — Apparition des points épiphysaires des vertèbres coccygiennes.

A 13 *ans.* — Apparition d'un point osseux dans l'épaisseur du bord interne de la trochlée humérale; quelques mois plus tard, autre point dans l'épaisseur de la tubérosité interne.

A 14 *ans.* — Point secondaire osseux de l'apophyse coracoïde.

A 15 *ans.* — Apparition de l'épiphyse de l'acromion.

De 12 *à* 15 *ans.* — Soudure des cornets du sphénoïde en Y au corps de l'os.

De 15 *à* 16 *ans.* — Soudure des trois points primitifs de l os coxal qui constituent l'iléum, l'ischion et le pubis ; soudure des vertèbres sacrées entre elles, des deux points du calcanéum, de l'apophyse coracoïde au corps de l'os, des épiphyses du condyle et de la trochlée au corps de l'humérus.

De 16 *à* 17 *ans.* — Réunion de la tubérosité interne au corps de l'humérus; apparition d'un point épiphysaire au fond de la cavité cotyloïde.

A 18 *ans.* — Soudure de l'épiphyse de la cavité glénoïde de l'omoplate.

De 15 *à* 20 *ans.* — La quatrième vertèbre coccygienne est ossifiée.

De 18 *à* 19 *ans.* — Soudure de l'épiphyse des métatarsiens.

De 18 *à* 20 *ans.* — Soudure de l'épiphyse des métacarpiens ; soudure de l'extrémité inférieure du fémur au corps de l'os ; soudure des deux extrémités de l'humérus au corps de l'os.

De 18 *à* 25 *ans.* — Soudure du corps du sphénoïde à l'occipital ; soudure des trois pièces du tibia ; soudure de l'épiphyse marginale de l'os coxal.

A 20 *ans.* — Soudure de l'épiphyse interne de la clavicule.

De 22 *à* 25 *ans.* — Union de la première pièce du sternum aux autres pièces ; soudure des points qui couronnent les apophyses transverses et épineuses des vertèbres ; soudure des points épiphysaires des côtes.

A 25 *ans.* — Formation des lames épiphysaires de la surface iliaque du sacrum.

De 25 *à* 30 *ans.* — Soudure complète de la première vertèbre sacrée avec les autres ; soudure des disques épiphysaires des vertèbres.

De 40 *à* 50 *ans.* — Soudure de l'appendice xyphoïde au corps du sternum.

De 40 *à* 50 *et* 60 *ans.* — Soudure du sacrum avec le coccyx.

A partir de 25 ans, les données fournies par l'examen du système osseux n'ont plus la même exactitude scientifique : pendant l'*âge adulte* et l'*âge mûr*, les os sont volumineux, les soudures plus solides, les éminences plus prononcées, le tissu osseux est plus dense et le canal médullaire étroit ; — pendant la *vieillesse*, les surfaces articulaires s'aplatissent, les os du crâne deviennent plus minces, les soudures plus complètes, plus intimes, le tissu compact diminue, le canal médullaire s'élargit, les os sont plus légers et plus friables. Aussi le squelette d'un vieillard est-il beaucoup moins pesant que celui d'un adulte de même taille.

Chez le vieillard, le maxillaire inférieur présente des modifications importantes : après la chute des dents, les al-

véoles se rétrécissent et disparaissent ; la branche montante du maxillaire forme de nouveau, comme avant la dentition, un angle obtus (Magitot). Le rebord alvéolaire, qui était épais, redevient mince et tranchant. Suivant Lacassagne, on constate en outre dans certains cas, sur une ou plusieurs dents, une ligne transversale, connue sous le nom d'*érosion*. Cette ligne indestructible et indélébile parait due à une lésion trophique, car on l'observe plus spécialement chez les individus ayant eu, dans leur enfance, des affections des centres nerveux (convulsions, etc.). Le poids spécifique des os du crâne peut encore, suivant Tourdes, donner quelques indications au point de vue de l'identité et surtout de l'âge : ainsi le poids spécifique de la calotte crânienne a son minimum dans l'enfance et atteint en moyenne 1,514, son maximum, dans l'âge moyen de la vie (1,726), puis il diminue avec les années, et, dans la vieillesse, il présente une moyenne de 1,636.

D'après le docteur Poncet (de Lyon), on peut sur le cadavre, d'après le poids des os des membres supérieurs (humérus, radius, cubitus réunis), distinguer si l'individu était, de son vivant, droitier ou gaucher : des mesures comparatives lui ont démontré qu'il y a une différence de 17 *grammes* en faveur du poids total des os du membre *supérieur droit*; cette même différence existe à l'avantage du côté gauche, chez les personnes gauchères. Cette augmentation de poids dans le bras dont on se sert le plus ne s'observe pas, du reste, à toutes les époques de la vie : à la naissance et pendant un temps non encore déterminé, le poids du squelette des deux membres supérieurs est sensiblement égal; c'est vers le milieu de la vie que la différence est la plus marquée ; à un âge avancé, cette différence diminue, et le poids des os de chaque côté tend à devenir égal. Ces données intéressantes peuvent trouver leur application au point de vue de l'identité : on pourra, par exemple, en cas de doute, décider s'il y a eu suicide ou assassinat, quand on saura si l'individu était gaucher ou droitier.

b. **Détermination du sexe.** — L'examen du système osseux permettra d'établir si le cadavre trouvé en décomposition appartenait à un homme ou à une femme.

Le squelette de la femme est en effet, dans son ensemble, plus petit et plus grêle que celui de l'homme, à l'exception des os du crâne (Legrand du Saulle); les saillies osseuses sont moins prononcées, les articulations moins grosses; un os de femme présente en outre une forme plus arrondie et un plus grand poli qu'un os d'homme. Les os longs d'une femme à égale longueur sont plus grêles. Les *côtes* sont plus minces, plus polies, plus tranchantes à leurs bords supérieurs et inférieurs. Les *corps* des *vertèbres* sont moins larges, les trous de conjugaison plus grands; les *apophyses transverses* plus inclinées en arrière; aussi les gouttières comprises entre elles et les apophyses épineuses à la partie postérieure de la colonne vertébrale sont-elles plus profondes; la région lombaire du rachis a plus de longueur que chez l'homme. Le *sternum* est plus court et ne descend que jusqu'à la quatrième côte; chez l'homme, il arrive jusqu'à la cinquième; les *épaules* sont plus basses, les *articulations scapulo-humérales* plus rapprochées l'une de l'autre; les *clavicules* au contraire sont plus allongées, presque droites; les *omoplates* sont plus petites, plus grêles, plus planes et ont des angles plus arrondis; le *thorax*, plus court et moins saillant, est un peu plus large jusqu'à la quatrième côte, et se rétrécit inférieurement, en sorte qu'il est ovoïde chez la femme et conoïde chez l'homme; quelquefois, par suite de l'action prolongée du corset, il est sensiblement allongé et rétréci. Les membres abdominaux étant proportionnellement moins longs que chez l'homme, le *milieu* de la longueur du corps correspond au-dessus du pubis, tandis que chez l'homme il répond à peu près à son niveau.

Les *membres supérieurs* sont plus courts, les poignets plus étroits, les doigts plus effilés; les *fémurs* plus courbés en avant et plus obliques en dedans; le col de l'os forme avec son corps un angle moins ouvert que chez l'homme; les *pieds* sont plus petits chez la femme.

Les différences entre les deux sexes sont surtout marquées pour la *tête* et le *bassin*.

La *tête* de la femme est plus petite; cette différence est telle qu'elle suffit souvent pour déterminer le sexe à la

seule inspection du crâne. C'est au moins ce qui résulte du tableau suivant dressé par Parchappe (1) :

VOLUME DE LA TÊTE SUIVANT LE SEXE.

Age.	MOYENNE SUR 90 HOMMES. — 41,3	MOYENNE SUR 70 FEMMES. — 42,9	MOYENNE SUR 20 HOMMES. — 41	MOYENNE SUR 10 FEMMES. — 39,7
D. A. P.	187,1	177,5	184	172,1
D. L.....	142,5	134,5	125,6	117,8
C. A. P..	348,4	338,1	320,6	307
C. L. ...	362,1	345,4	311,2	294,3
C. A.....	210,3	296,7	274,6	262
C. P.....	280	258,8	223,3	201

Poids moyen du crâne : hommes, 647 gr. ; femmes. 599 gr.

La tête présente en outre chez la femme les caractères suivants : sinus frontaux plus étroits ; os de la face beaucoup plus fins ; ouverture des narines moins large ; bord alvéolaire des deux mâchoires plus elliptique ; mâchoire inférieure moins raboteuse et comme polie ; dents plus petites et plus égales entre elles ; cavité de la bouche plus étroite et plus courbe.

Le *bassin* offre des différences encore plus caractéristiques :

Chez l'*homme* (fig. 1), toutes les parties du bassin sont plus hautes et moins larges que chez la femme ; suivant Briand et Chaudé, « le diamètre coccy-pubien n'a que 0 m. 088, le bis-ischiatique 0 m. 081, le bis-iliaque 0 m. 123 ; il n'y a que 0 m. 189 à 0 m. 216 de distance entre les épines iliaques antéro-supérieures, et 0 m. 216 à 0 m. 243 entre le milieu des deux crêtes de l'os coxal. L'arcade du pubis est droite,

(1) Les mesures employées par Parchappe sont :
1° D. A. P. — Diamètre antéro-postérieur.
2° D. L. — Diamètre latéral d'un trou auriculaire à l'autre.
3° C. A. P. — Courbe antéro-postérieure.
4° C. L. — Courbe latérale.
5° C. A. — Courbe antérieure en passant par les arcades sourcilières.
6° C. P. — Courbe postérieure en passant par la protubérance externe et les mêmes orifices.

non évasée en avant, presque triangulaire; la symphyse est longue de 0 m. 055 au moins, et le trou sous-pubien a une

Fig. 1. — Bassin d'homme.

forme ovale très allongée. Le sacrum est beaucoup moins courbe, l'excavation du bassin moins profonde, le détroit supérieur plus arrondi, plus incliné, plus rapproché de la forme ovale ou d'un cercle. Les fosses iliaques sont plus excavées, et les cavités cotyloïdes sont dirigées de manière que les trochanters sont plus rapprochés. » Chez la *femme*,

Fig. 2. — Bassin de femme.

le bassin (fig. 2) a un aspect particulier : il est moins haut et plus large ; les crêtes iliaques sont très évasées et déje-

tées en dehors, ce qui donne une grande largeur aux hanches. La différence porte principalement sur le petit bassin : le détroit inférieur de ce dernier présente un diamètre transverse maximum plus grand que celui de l'homme, de près de 15 millimètres. Le sacrum et le coccyx sont moins élevés et plus aplatis. « L'espace compris entre les épines iliaques a 0 m. 297 entre les parties moyennes des crêtes iliaques. La symphyse du pubis, haute seulement de 0 m. 040, n'a que 0 m. 013 d'épaisseur. L'arcade du pubis est large de 0 m. 084 à 0 m. 108 à sa base, et de 0 m. 027 à 0 m. 033 seulement à son sommet ; sa hauteur est 0 m. 067, et le demi-cercle osseux qui la constitue est déjeté en avant et en dehors. » (Briand et Chaudé.)

c. **Détermination de la taille et du poids.** — D'une manière générale, la taille du squelette est toujours moins grande que le cadavre dont il provient : cette différence, qui, suivant Orfila, est de 5 à 6 centimètres, dépend de la putréfaction et de la désarticulation des os. On peut donc avoir la taille à peu près exacte d'un individu dont les os ne sont pas désarticulés, en rajoutant 5 centimètres à la longueur totale du squelette, pour l'épaisseur des parties molles. Mais, lorsque le temps a détruit les rapports des os, ou altéré suffisamment ceux-ci, pour qu'on ne puisse en prendre exactement les dimensions, il faut recourir à la méthode indiquée par lui d'abord, puis plus tard par Orfila, méthode basée sur ce fait qu'il existe un rapport intime entre les longueurs de chacun des os des membres et la hauteur du tronc du sujet. Ainsi, d'après Orfila, on peut obtenir la taille *approximative* d'un sujet, en connaissant seulement la longueur de un ou de plusieurs os, plus particulièrement la longueur du fémur et de l'humérus.

Voici les résultats qu'ont donnés sur ce point les recherches d'Orfila :

TABLEAU DES MESURES PRISES SUR DES SQUELETTES

TAILLE du vertex à la plante des pieds.	TRONC du vertex à la symphyse pubienne	LONGUEUR des extrémités supérieures depuis l'acromion.	LONGUEUR des extrémités infér. depuis la symphyse pubienne.	FÉMUR	TIBIA	PÉRONÉ	HUMÉRUS	CUBITUS	RADIUS
Mètres.	Cent.	Cent.	Cent.	Cent.	Cent.	Cent.	Cent.	Cent.	Cent.
1,38	70	65	68	32	27	26	24	19	17
1,43	71	65	72	38	31	30	27	22	19
1,45	70	67	75	40	32	31	29	22	20
1,47	74	60	73	38	32	31	26	21	19
1,49	74	65	75	38	32	31	29	22	20
1,51	75	69	79	40	33	32	29	24	21
1,60	80	75	80	45	38	37	32	26	24
1,64	81	71	84	44	36	35	30	26	24
1,65	75	72	90	45	38	37	32	27	25
1,67	80	76	87	45	38	37	31	27	24
1,69	85	72	84	44	36	35	31	25	22
1,70	82	73	88	46	38	37	32	27	25
1,75	86	76	89	46	39	38	32	26	23
1,77	89	78	88	46	38	37	33	28	25
1,78	90	75	88	46	37	36	33	26	24
1,79	91	77	88	46	38	37	33	27	24
1,80	92	77	88	46	40	39	33	27	25
1,83	95	78	88	46	39	38	34	28	25
1,83	90	78	93	47	43	42	33	27	25
1,86	95	78	81	47	39	38	33	27	25

« Supposons, disent Briand et Chaudé, qu'on ne trouve que quelques os d'un cadavre, par exemple un fémur de 0 m. 46 de longueur et un tibia de 0 m. 38 : nous voyons par ce tableau qu'un fémur de 0 m. 46 suppose que la longueur totale du squelette est de 1 m. 70 à 1 m. 83, ce qui donne la moyenne de 1 m. 77. Nous voyons également qu'un tibia de 0 m. 38 suppose la longueur totale 1 m. 75 à 1 m. 80, dont la moyenne serait 1 m. 79. La longueur du squelette serait donc de 1 m. 77 à 1 m. 79 (5 pieds 5 à 6 pouces), et, en ajoutant 0 m. 040 (1 pouce et demi) pour l'épaisseur des parties molles, on trouverait que la taille de l'individu devait être d'environ 1 m. 80 (5 pieds 7 pouces).

« Supposons qu'on n'ait trouvé que les os du membre supérieur, ou seulement un humérus de 0 m. 33 et un

cubitus de 0 m. 28. Nous voyons par le tableau qu'un humérus de 0 m. 33 suppose que la longueur totale du squelette est de 1 m. 77 à 1 m. 86, dont la moyenne est 1 m. 81 ; nous voyons également qu'un cubitus de 0 m. 28 suppose pour la longueur totale 1 m. 77 à 1 m. 83, dont la moyenne est 1 m. 80. Le squelette doit donc avoir 1 m. 80 à 1 m. 81 ; et, en ajoutant l'épaisseur des parties molles, la taille devait être d'environ 1 m. 84 ou 5 pieds 7 pouces et demi. »

Suivant Devergie et Sappey, ces calculs ne peuvent donner qu'une solution approximative ; c'est du reste ce qu'avait voulu Orfila, qui ne prétendait pas déterminer ainsi la taille d'un individu avec une précision mathématique.

Il faut encore, dans cette recherche de la stature, tenir compte du *poids* de l'individu. Suivant Lacassagne, l'homme et la femme atteignent en général 20 fois le poids de l'enfant à sa naissance, c'est-à-dire 60 à 65 kilogrammes. Cette donnée varie du reste suivant la *race*, dont on connait l'influence au point de vue du développement du squelette.

Voici, suivant Quételet et Lacassagne, une échelle du développement de la taille et du poids chez l'homme et chez la femme :

	HOMMES		FEMMES	
Age.	Taille.	Poids.	Taille.	Poids.
	Mètres	Kilog.	Mètres	Kilog.
0	0,500	3,20	0,490	2,91
1	0,698	9,45	0,690	8,79
2	0,791	11,34	0,781	10,67
5	0,988	15,77	0,974	14,36
7	1,105	19,10	1,086	17,54
10	1,275	24,52	1,248	23,52
11	1,330	27,10	1,299	25,65
12	1,385	29,82	1,353	29,82
13	1,439	34,38	1,403	32,94
14	1,493	38,76	1,455	36,70
15	1,546	43,62	1,499	40,37
16	1,534	49,67	1,535	43,57
17	1,594	52,85	1,555	48,31
18	1,658	57,85	1,564	51,03
20	1,674	60,06	1,572	52,28
25	1,680	62,93	1,577	53,28
30	1,684	63,65	1,579	54,33
40	1,684	63,67	1,579	55,23
50	1,674	63,46	1,536	56,16
60	1,639	61,94	1,516	54,30
70	1,623	59,52	1,514	51,51
80	1,613	57,83	1,506	49,37
90	1,613	57,83	1,504	49,34

L'homme atteint son maximum de développement de 25 à 30 ans; son poids augmente jusqu'à 40 ans.

Pour la femme, la période de croissance est la même, mais elle n'arrive à son poids maximum que vers 50 ans.

Ajoutons enfin que, vers l'âge de 20 à 25 ans, le bord supérieur de la symphyse pubienne correspond juste au milieu de la distance entre le sommet de la tête et la plante des pieds; ce rapport se conserve en général jusqu'à la vieillesse; à cette époque, il faut tenir compte de la courbure de l'épine dorsale. Avant l'âge de 25 ans, ce centre varie continuellement.

d. **Coloration des poils** (*cheveux, barbe*). — On doit aussi tenir compte de l'état du système pileux. Cette question a été étudiée par Hoffmann et Œsterlen en Allemagne, en France par Lacassagne et surtout par Joannet (1878), qui a montré dans sa thèse *sur le poil humain, ses variétés d'aspect et leur signification en médecine légale*, toute l'importance, au point de vue de l'identité, de cette donnée en apparence si accessoire.

L'aspect du système pileux varie en effet suivant la région, l'âge, le sexe, la race, enfin suivant l'état de santé ou de maladie. Le poil n'éprouve que des changements insignifiants après la mort, il résiste à la putréfaction, aussi peut-on le retrouver intact alors que toutes les parties molles ont disparu.

Les caractères qui doivent surtout attirer l'attention du médecin légiste sont : la *coloration*, la *longueur*, l'*épaisseur*, l'*état de la racine*, et certaines conditions accessoires dues à la *profession* ou à la *position sociale* de l'individu.

a. *Coloration.* — Elle est généralement en rapport avec celle de la peau, et souvent avec la couleur de l'iris. C'est ainsi qu'on trouvera des cheveux blonds chez les individus à œil bleu et à tempérament lymphatique.

Il est bon de faire remarquer que tous les poils du corps ne présentent pas la même coloration, que la nuance varie même suivant que les cheveux sont isolés ou pris en masse, et qu'on ne pourrait, de l'examen d'un seul cheveu, déduire la coloration de tout le système pileux. En général, les poils des organes génitaux sont plus clairs que les che-

veux (Briand et Chaudé). Vus au microscope, les poils paraissent plus clairs qu'à l'œil nu. Ajoutons enfin que les corps qui entrent dans les pommades donnent aux cheveux une teinte plus foncée.

Après la mort, les poils, comme nous l'avons dit, résistent longtemps à la putréfaction, mais leur coloration change : elle devient en général un peu plus claire; dans certains cas, suivant Chevallier, les poils clairs deviennent au contraire plus foncés. Ces modifications paraissent dues à l'action des acides humiques : en neutralisant ceux-ci par l'ammoniaque, on rend aux cheveux leur coloration primitive.

Il n'est pas rare que des individus, pour dépister la justice, se teignent ou se décolorent la barbe et les cheveux. Il résulte en effet des recherches d'Orfila : 1° qu'on peut rendre les cheveux *noirs*, quelle que soit leur couleur primitive; — 2° que des cheveux primitivement noirs peuvent devenir *châtains*, *blonds* ou *blancs ;* — 3° que des cheveux teints peuvent être rendus à leur couleur primitive.

Voici les principaux procédés qui peuvent être employés pour rendre les cheveux noirs, et les moyens permettant au médecin légiste de reconnaître cette coloration factice.

Une opération préliminaire, absolument indispensable, d'après Orfila, pour changer la couleur des cheveux, c'est de les débarrasser de la matière grasse dont ils sont enduits. Il suffit de les frotter à plusieurs reprises avec de l'eau dans laquelle on a fait dissoudre un vingtième de son poids environ d'ammoniaque liquide.

Pour *teindre les cheveux en noir*, on peut recourir aux procédés suivants :

1° Employer un mélange de charbon et de pommade connue sous le nom de *mélaïnocome*. Ce moyen est facile à reconnaître, parce les cheveux noircissent les linges ou les doigts, et que, plongée dans de l'eau bouillante, la pommade fond et surnage, le charbon se précipite et les cheveux se décolorent.

2° Laver d'abord les cheveux avec de l'eau ammoniacale, puis les mouiller avec une dissolution de chlorure de bismuth, les laver et les mettre enfin en contact avec de l'acide

sulfhydrique liquide. On donne ainsi aux cheveux une belle couleur noire.

Pour leur rendre leur coloration naturelle, il faut les traiter, pendant une heure ou deux, par l'acide chlorhydrique ou le chlore faible. Le liquide provenant de cette opération, évaporé à siccité, donne un sel qui a tous les caractères des sels de bismuth.

3° Remplacer le chlorure de bismuth par l'acétate ou le sous-acétate de plomb; on obtient ainsi une belle coloration noire, mais les cheveux, en se séchant, deviennent d'un brun rougeâtre.

On reconnait du reste cette coloration; comme plus haut, le résidu donne les réactions des sels plombiques.

4° Employer un mélange de litharge, de craie et de chaux vive hydratée *récemment éteinte*; on en imprègne les cheveux et on les frotte, au bout de quelques heures, d'abord avec du vinaigre étendu d'eau, puis avec du jaune d'œuf.

On reconnait ce procédé à l'aide de l'acide nitrique, qui forme du nitrate de plomb et du nitrate de chaux. En traitant la liqueur par l'acide sulfhydrique, on a du sulfure noir de plomb, et la liqueur filtrée contient un sel de chaux.

5° Mouiller, pendant une heure environ, les cheveux préalablement dégraissés, avec un *solutum* chaud de plombite de chaux.

Traités par l'acide chlorhydrique ou nitrique étendu d'eau, les cheveux reprennent leur couleur primitive, et il reste dans la solution du protoxyde de plomb.

6° Employer une solution de nitrate d'argent, mais la coloration est plus ou moins violette; cette solution est d'ailleurs trop caustique pour être souvent employée.

On reconnait cette coloration à l'aide du chlore liquide étendu, qui donne un précipité blanc cailleboté de chlorure d'argent.

Pour *décolorer* les cheveux naturellement noirs, on emploie encore le chlore étendu d'eau; suivant le degré de concentration de la solution ou la durée du contact, on peut les faire passer par toutes les nuances de châtain foncé, de châtain clair, de blond foncé, de blond clair ou même les rendre tout à fait blancs.

On reconnait cette supercherie à l'odeur persistante du chlore, à la dureté, à la sécheresse des cheveux et au défaut d'uniformité dans la décoloration (Legrand du Saulle).

Du reste, on n'a qu'à surveiller pendant quelque temps l'individu qu'on soupçonne avoir changé la couleur de ses cheveux et de sa barbe; les poils qui repoussent n'auront pas à la racine la même coloration qu'à la partie moyenne.

b. *Longueur.* — Elle est extrêmement variable, les cheveux pouvant atteindre les dimensions de plus de 1 mètre, comme chez la femme, ou présenter à peine quelques millimètres de long, comme le duvet.

Leur tige n'offre pas partout la même forme : ainsi la section est *circulaire*, pour les poils droits; — *elliptique*, pour les poils bouclés ou frisés; — *aplatie*, pour les poils crépus des nègres. Ce rapport entre la coupe des cheveux et la configuration de la tige a été nié par Nathusius, qui n'attache pas à ce caractère une grande valeur en médecine légale.

Sur les poils courts qui n'ont été ni coupés ni rasés, la tige s'effile à son extrémité et se termine en pointe. Cette disposition n'existe pas chez l'homme, qui porte les cheveux courts et soumis fréquemment à l'action des ciseaux; on l'observe le plus ordinairement chez la femme, dont l'extrémité des cheveux, effilée en pointe, se bifurque quelquefois.

Lorsqu'on a à examiner des cheveux ne présentant ni pointe ni racine, on peut, au microscope, reconnaitre l'extrémité qui correspond à leur implantation : les dentelures saillantes qui constituent la membrane externe ou cuticule sont toujours tournées vers l'*extrémité libre du poil.*

Suivant Legrand du Saulle, la barbe et les cheveux poussent encore après la mort, surtout dans certains terrains. Briand et Chaudé contestent ce fait et ne voient là qu'un phénomène du simple affaissement du derme qui fait saillir le follicule pileux; enfin Joannet conclut de ses expériences que le poil cesse de croître avec la vie.

c. *Etat de la racine.* — La racine des poils extraits des follicules pileux peut présenter *deux aspects* différents : 1° la forme en *bouton*, qui appartient aux poils n'ayant pas encore

atteint le terme de leur développement : lorsqu'on l'observe à l'extrémité d'une touffe de cheveux, il y a lieu de supposer qu'ils ont été *arrachés ;* — 2° la forme *fermée* ou en *massue*, qu'on rencontre habituellement à l'extrémité des poils qui sont *tombés d'eux-mêmes*. Suivant Briand et Chaudé, il ne faudrait pas attacher une valeur absolue à ces distinctions, parce que d'abord des cheveux à racine en massue et ayant leur entier développement peuvent aussi avoir été arrachés avant leur chute, et qu'ensuite il n'est pas démontré, d'après Malassez, que ces deux formes de racine répondent à des périodes différentes du développement du poil.

Lorsque les poils ou les cheveux ont été *brisés en masse et sur place*, on doit supposer, en raison de la grande résistance relative de la tige, l'emploi d'une extrême violence ; ils ne peuvent en effet être brisés que par l'action d'instruments contondants très énergiques, et, dans ce cas, on doit trouver en même temps des traces de violence du côté de la peau ou des tissus sous-jacents. Ainsi, au cuir chevelu, la force nécessaire pour briser les cheveux produit également l'écrasement du derme et des fractures des os. Ajoutons que les cheveux pris en masse présentent une grande résistance même aux instruments tranchants. C'est pour cela qu'on munit d'une crinière le casque des cavaliers.

d. *Epaisseur.* — Elle varie suivant la région : les poils les plus épais sont ceux de la barbe du menton ; puis viennent, par ordre de décroissance, ceux du pubis, des moustaches, des joues, des sourcils, du scrotum et des aisselles. Leur plus grande épaisseur est de $0^{mm},125$ au menton ; pour les cheveux d'adulte, elle est toujours inférieure à $0^{mm},08$; chez le fœtus, elle est encore moindre et ne dépasse pas $0^{mm},02$. L'épaisseur dépend encore de l'âge de l'individu : ainsi la barbe, très fine chez l'adolescent ou le jeune homme, devient rude et résistante chez l'adulte ou l'homme mûr, surtout par l'action du rasoir. La présence des poils dans le méconium a son importance en médecine légale : elle indique que le fœtus, s'il n'a pas été retrouvé, avait au moins six mois ; on ne les constate en effet dans le méconium qu'à partir de cette époque, suivant Œsterlen.

e. *Conditions sociales.* — Certaines professions impriment

aux cheveux ou aux poils une apparence spéciale : ainsi les cheveux sont *blanchis* par la farine chez les meuniers, ou par la chaux chez les palissonneurs ; — d'un *noir sale* chez les charbonniers ; — d'une coloration *brun rougeâtre* chez les gens qui vivent dans un lieu rempli de poussière de rouille : — d'une teinte *verte* chez les ouvriers qui travaillent le cuivre.

Ajoutons que la présence des *lentes* adhérentes aux cheveux ne s'observe que dans la basse classe.

Il est bon de faire remarquer en terminant que, dans toutes ces recherches, on devra toujours opérer sur une certaine quantité de poils ou de cheveux ; l'examen d'un seul cheveu, par exemple, ne pourrait fournir des données suffisamment concluantes.

On peut avoir enfin à déterminer si les poils soumis à l'examen proviennent de l'*homme* ou d'un *animal*. Suivant Joannet, les poils des animaux sont plus épais que ceux de l'homme ; ils s'amincissent rapidement du milieu vers la pointe ; la corde médullaire y est constante et a, par rapport à la substance corticale, des dimensions qu'elle n'atteint jamais chez l'homme ; enfin la tige présente des alternances de coloration qu'on n'observe pas non plus chez ce dernier.

3° **Examen des circonstances accessoires pouvant aider aux investigations de la justice.** — Ces circonstances, quoique ayant, au point de vue de l'identité, une valeur secondaire, ne devront pas être négligées de l'expert, qui recherchera avec soin : les empreintes laissées sur le sol, les traces de pas, les marques de mains ensanglantées sur les meubles ou les murs, l'état des vêtements, dont les déchirures ou le désordre indiquent une lutte violente ou la participation à l'acte incriminé, l'état de la figure et d'autres parties du corps où l'on peut constater l'existence d'égratignures, d'érosions, de morsures ou de contusions, les taches trouvées sur le corps ou les pièces du vêtement, telles que du sang, du sperme, du mucus, de la matière cérébrale, des cheveux ou des poils, etc.

Nous ne verrons ici que ce qui peut être plus spécialement propre à établir l'identité de l'individu, c'est-à-dire les *empreintes laissées sur le sol*, les *traces produites sur la*

terre ou la *neige* par l'application du pied nu ou chaussé.

Empreintes laissées sur le sol. — La netteté de ces empreintes dépend de la nature du sol, de son état d'humidité ou de dureté; les traces laissées ainsi représentent exactement la forme générale du pied, ses différentes particularités et, à très peu de chose près, ses vraies dimensions. Sur ce dernier point, les auteurs ne sont pas d'accord : ainsi, d'après Mascard, les empreintes sont *un peu plus petites* que le pied qui les a faites; — suivant Caussé (d'Albi), au contraire, elles sont *un peu plus grandes;* — Briand et Chaudé pensent que cette différence en plus ou en moins n'est peut-être qu'un effet du plus ou moins de consistance du terrain.

Lorsqu'il s'agit d'une empreinte de *chaussures*, pour en avoir la reproduction exacte, on a recours au procédé ingénieux proposé par Hugoulin en 1850, procédé qui permet d'obtenir, même pour les terrains les plus meubles, les moindres détails, tels que le degré d'usure de telle ou telle partie de la semelle, le nombre et la disposition des clous. Il consiste à solidifier les empreintes à l'aide de poudre stéarique : on commence par chauffer fortement cette empreinte au moyen d'une tôle rougie que l'on promène au-dessus, puis on verse la poudre stéarique. Si ce sont des traces laissées dans la neige, on y verse de la gélatine pure amenée à une température suffisante pour couler facilement. On peut encore, dans ce cas, saupoudrer préalablement l'empreinte avec du sel marin, qui abaisse la température de la neige d'une quinzaine de degrés et donne à l'expert le temps d'opérer sans trop se presser.

Lorsqu'il s'agit de traces de sang laissées par des pieds nus sur le parquet ou un tapis, on peut, suivant Lacassagne, en reproduire exactement les contours à l'aide du *pantographe;* ou bien employer la méthode du Dr Caussé d'Albi), qui permet de mesurer mathématiquement tous les points de la surface plantaire et de reconnaître les particularités qu'elle peut présenter, même dans les cas où l'on a affaire à des empreintes identiques à première vue.

Voici, suivant Briand et Chaudé, en quoi elle consiste : « On tire sur l'empreinte incriminée une ligne AB tan-

gente à la partie interne de la courbe formée sur le talon et à la saillie que forme l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil; on divise cette ligne en autant de parties égales que l'on veut, et sur chacun de ces points on élève des perpendiculaires faisant la fonction d'ordonnées; on tire une ligne semblable sur l'empreinte que l'on veut comparer

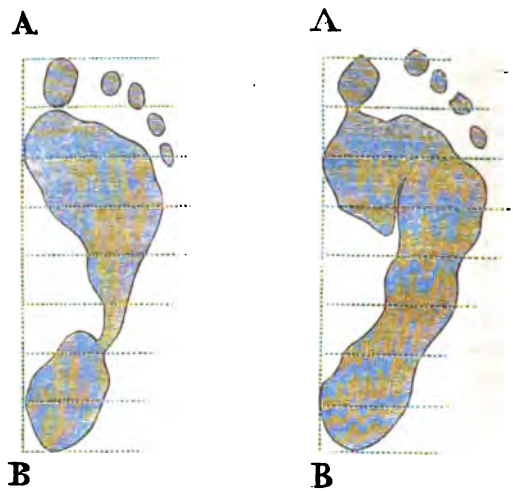

Fig. 3. — Empreintes de pas.

à celle incriminée, et l'on établit les mêmes divisions. » En prenant sur chacune de ces lignes perpendiculaires une distance d'un point à un autre, et en comparant avec les deux empreintes, on constatera facilement s'il y a identité ou dissemblance, et par suite les moindres différences qui peuvent se présenter dans la forme ou dans le contour. Caussé recommande à l'expert d'opérer de telle façon que l'empreinte qu'il fait faire, pour servir de point de comparaison, ne soit ni plus ni moins surchargée de sang que l'empreinte incriminée, car il pourrait ne pas y avoir similitude complète, bien que les traces fussent du même pied.

Traces de voitures ou d'animaux. — On peut, dans

certains cas, avoir à constater si les empreintes de pas humains sont accompagnées de traces de *roues* (brouette ou voiture), et si la voiture était attelée d'un *bœuf*, d'un *cheval* ou d'un *âne*. Il est facile de reconnaître l'empreinte laissée par le pied d'un bœuf, et de distinguer le fer d'un cheval ou d'un âne. Quant à la brouette, elle se reconnaît à cette particularité que le trait de roulement est unique, et qu'il rase, à 2 centimètres près, la trace des talons de celui qui la pousse. On peut encore indiquer si l'individu, dont on recueille les empreintes, s'appuyait en marchant sur une *canne*, et de *quelle main* il la tenait : l'extrémité de la canne pose sur le sol suivant un ordre constant remarquable, l'empreinte qu'elle laisse se reproduit soit tous les deux demi-pas, soit tous les quatre demi-pas.

Suivant Marey et Carlet, on peut même reconnaître l'*allure* de l'homme ou du cheval, en étudiant la forme, la profondeur et la distance respective des traces de pas sur le sol. Ils ont reconnu expérimentalement : 1° que pour l'*homme*, dans la marche au pas sur un sol horizontal, l'empreinte du talon d'un pied correspond exactement au milieu de la ligne qui réunit l'empreinte des deux foulées du talon du pied opposé ; que la pression, et par conséquent la profondeur de l'empreinte, si le sol est mou, augmente avec la grandeur des pas ; que la profondeur et la distance des empreintes augmentent pendant la course ; enfin, avec ces caractères, la foulée de la pointe du pied peut être considérable relativement à celle du talon, lorsque l'individu court sur la pointe du pied, à pas de loup, comme on dit, pour éviter de faire du bruit ; — 2° que, pour le *cheval*, on peut préciser la succession rigoureuse de la pression des sabots, de manière à pouvoir affirmer si l'animal marchait à l'amble, au pas, au trot, au galop, ou s'il boitait de tel ou tel pied.

A cette question d'identité se rattache un travail extrêmement intéressant et tout à fait neuf, publié, dans ces dernières années, par le Dr Vincent, sur la *Vue distincte considérée dans ses rapports avec la médecine légale*. Il s'est proposé de répondre aux questions suivantes : « *Un crime ou un délit étant commis, jusqu'à quelle distance un témoin peut-il en*

reconnaître l'auteur et affirmer son identité devant les tribunaux? jusqu'à quelle distance ce témoin peut-il apercevoir distinctement cette action criminelle et ses divers incidents? »
En d'autres termes, existe-t-il des preuves physiques que l'on puisse substituer, ou tout au moins ajouter aux preuves morales, dans l'appréciation de la véracité des témoins? ou encore les caractères de l'identité, fondés sur le signalement d'un individu, reposent-ils sur des probabilités seulement, ou sur des faits certains et faciles à démontrer?

Suivant le Dr Vincent, les caractères qui font reconnaître les personnes à distance sont : 1° les caractères appartenant à la *totalité du corps*, tels que la stature, l'habillement, les allures; ils permettent de reconnaître à distance une personne dont on n'a pas encore pu distinguer les particularités de la tête et les traits de la face; ce sont les seuls qui puissent faire reconnaître un individu par derrière; mais, pour donner une certitude presque absolue, ces trois caractères doivent se compléter l'un l'autre; — 2° les caractères propres à la *tête*, comme la coiffure, le système pileux, la barbe, le volume et la forme du crâne, les particularités de la face, la saillie des yeux, du nez ou du menton (prognathisme), etc.

Les caractères de la face ne peuvent être distingués qu'à une assez faible distance; cette distance sera du reste plus grande si la figure est déjà connue.

Partant ensuite de cette double donnée : 1° que pour reconnaître une personne il faut la connaître déjà, et qu'on la reconnaît à une distance d'autant plus grande qu'on la connaît mieux; — 2° que deux personnes sont d'autant plus difficiles à distinguer l'une de l'autre qu'elles se ressemblent davantage, et qu'au contraire elles se différencient d'autant mieux que leurs caractères, soit de totalité, soit partiels, offrent entre eux une plus grande différence, l'auteur divise les personnes à reconnaître en trois catégories :

1re *catégorie*. — Les personnes que nous connaissons parfaitement, que nous avons occasion de voir très souvent, ou avec lesquelles nous avons de fréquentes relations, et dont les caractères de totalité nous sont très familiers. Si ces *caractères de totalité sont très accentués*, c'est-à-dire si

les personnes sont très remarquables par leur stature élevée, l'ampleur de leurs formes, la singularité de leurs allures, l'excentricité de leur habillement ou quelque particularité notable, on peut les reconnaître, à la lumière du jour, à une distance plus souvent inférieure que supérieure à 100 *mètres ;* au delà de 150 mètres, il est très difficile de reconnaître la personne la mieux connue. Si les *caractères de totalité sont au contraire peu accentués*, c'est-à-dire si les individus, par leur taille, leurs vêtements et leurs mouvements rentrent en quelque sorte dans la foule, on ne peut les reconnaître qu'à une distance inférieure à 100 mètres. Cette distance, variable entre 40 et 80 mètres, est d'environ 60 *mètres*.

2e *catégorie*. — Les personnes que *nous connaissons le moins*, que nous voyons peu souvent, en général étrangères à la localité que nous habitons, et dont les caractères de totalité ne nous sont pas familiers, ne peuvent être distinguées au delà de 25 *à* 30 *mètres*.

3e *catégorie*. — Les personnes qu'*on voit pour la première fois*, et qui par conséquent sont complètement inconnues, sont très difficiles à reconnaître ; leur identité ne peut être rigoureusement affirmée qu'autant qu'il est possible de distinguer les traits de la face, c'est-à-dire *à* 15 *mètres et au-dessous*. Les caractères de totalité ne sont jamais suffisants pour faire reconnaître un individu, à moins d'une excentricité hors ligne ; il faut absolument la reconnaissance de la face, et M. Vincent considère comme très difficile, pour ne pas dire très imprudent, d'affirmer l'identité d'un individu dont on ne peut reconnaître la figure.

Le *mode d'éclairage* peut modifier plus ou moins la vue distincte, et par suite la reconnaissance des personnes.

Lumière du jour. — La *lumière solaire directe uniforme* ou la *lumière diffuse uniforme* ne font pas varier d'une manière appréciable les distances auxquelles on peut distinguer les personnes ou les objets. La vue distincte est plus nette, et se produit à une plus grande distance, lorsque l'observateur se trouve plongé dans la lumière diffuse, et la personne ou la chose vue éclairée directement par le soleil. Le contraire a lieu lorsque l'observateur se trouve dans un

milieu éclairé directement par le soleil, et les objets ou personnes observées plongés dans la lumière diffuse, comme d'ombre d'un bâtiment, d'un arbre, etc.

Clair de lune. — Les objets sont beaucoup plus difficiles à distinguer à la clarté pâle de la lune qu'à la lumière du soleil, et il existe une grande différence d'intensité entre la lumière *directe* et la lumière *diffuse* de la lune : les objets se voient à une distance *trois fois moins grande* du côté obscur que du côté éclairé. Cette particularité a son importance au point de vue pratique : ainsi, quand un individu est éclairé d'un côté, l'autre est presque dans l'ombre; on devra donc toujours s'informer exactement si la personne qu'on prétend avoir reconnue avait la face tournée du côté de la lune ou en sens contraire; prendre une connaissance exacte de la position de la personne vue, de la personne qui prétend avoir vu et de l'astre qui éclaire. Une figure directement éclairée par la lune sera toujours reconnue de plus loin que lorsque la lumière frappe l'individu par derrière, cette région ne recevant que la lumière diffuse. Il en sera de même pour les personnes qui se trouvent à l'ombre d'un bâtiment ou d'un accident de terrain.

D'une manière générale, l'homme ne peut être reconnu au clair de la lune qu'à des distances très faibles, distances variables du reste suivant la période de l'évolution lunaire.

a. *Première période ou nouvelle lune.* — A cette phase, la couleur rouge garance ne se distingue pas; il en est de même des traits de la face; c'est par leurs caractères de totalité seulement que l'on reconnaît les personnes; il est impossible de reconnaître le lendemain, non seulement une personne complètement inconnue vue à cette période, mais même une personne de la deuxième catégorie que nous pouvons reconnaître seulement à la figure; la *distance maximum* à laquelle on peut reconnaître les personnes de la première catégorie est de 5 *à* 6 *mètres.*

b. *Deuxième période ou premier quartier.* — A quelques mètres, on commence à distinguer la couleur rouge garance; la couleur écarlate, plus éclatante que la première, se voit jusqu'à 12 mètres; au delà de 15 à 16 mètres, on ne peut distinguer les soldats des civils, à moins que ce ne

soit par le brillant de leurs garnitures métalliques (boutons, boucles, sabres, etc.), les formes sont moins confuses qu'à la première période; si les traits de la face sont encore très vagues, les caractères généraux de la tête se dessinent beaucoup mieux ; les personnes que l'on peut reconnaitre sont celles de la première catégorie, et encore ne peuvent-elles être reconnues qu'à une distance maximum de 6 *à* 7 *mètres*.

c. *Troisième période ou pleine lune.* — On peut reconnaitre la couleur rouge garance et la couleur jaune à 25 ou 30 mètres, et par conséquent les soldats et les gendarmes aux mêmes distances ; les formes sont plus nettes qu'aux périodes précédentes; à 2 *ou* 3 *mètres*, les caractères généraux de la tête et de la face se distinguent assez bien dans leur ensemble, pour qu'une personne de la deuxième catégorie puisse être assez souvent reconnue ; les traits de la face (nez, saillie du menton, couleur de la barbe, etc.) sont également assez nets pour qu'il soit possible, à cette distance, de se faire une idée suffisante d'une personne de la troisième catégorie, et pour pouvoir la reconnaitre plus tard ; la distance à laquelle on peut reconnaitre les personnes de la première catégorie varie de 7 à 10 mètres.

En résumé, il est très difficile de reconnaitre la personne la mieux connue, au delà de 15 à 16 mètres, même par le plus beau clair de lune.

Ajoutons enfin que, suivant le Dr Vincent, au delà de 100 mètres, avant le premier quartier de la lune, et de 200 à 300 mètres, à la pleine lune, non seulement on ne distingue plus, mais on n'aperçoit plus une voiture roulant sur la route.

Clarté des étoiles. — La portée de la vue distincte est encore moindre à la faible lueur des étoiles qu'à la clarté de la lune : les couleurs se distinguent à peine, elles paraissent *noires* pour peu qu'elles soient foncées, et *grises* plus ou moins intenses lorsqu'elles sont claires ou même blanches. Le rouge parait noir. Quant aux individus, ils ne peuvent *être reconnus qu'aux caractères de totalité du corps et de la tête*, et encore ne peut-on reconnaitre que les personnes dont les traits vous sont très familiers ; on ne pourra donc reconnaitre les individus de la deuxième et de

la troisième catégorie. La distance *maximum* à laquelle cette reconnaissance peut se faire est de 3 à 4 mètres.

Vue distincte dans l'obscurité. — Si cette obscurité est *complète*, la vue n'est pas possible ; si elle *incomplète*, plus ou moins intense, on peut distinguer les objets ou les individus ; mais, pour ces derniers, il faut presque les toucher pour pouvoir les reconnaître ultérieurement, et encore on doit mettre la plus grande réserve dans son affirmation, ne pas dire par exemple : « J'ai reconnu, » mais : « Je crois avoir reconnu. »

A propos de l'éclairage par la lumière solaire, M. Vincent ajoute quelques considérations intéressantes sur la position des individus ou des objets par rapport au sol ou à l'horizon : ainsi la partie des objets qui, dans la perspective, s'élève au-dessus de l'horizon, se distingue beaucoup mieux que celle qui se confond avec le sol ou les objets terrestres. Sur la neige, c'est l'effet contraire qui se produit : la forme des objets sombres se dessine plus nettement sur le fond blanc du sol que sur le ciel, quelque clair qu'il soit. Ce fait a une importance pratique en médecine légale, et l'on devra toujours prendre en considération la position respective de la personne vue et de la personne qui voit : ainsi, de deux individus dont l'un se trouve dans la tranchée d'une route, et l'autre sur le haut d'un talus, le premier peut très bien voir le second sans être vu par lui. Une personne de petite taille, un enfant, par exemple, se trouve dans de meilleures conditions pour reconnaître une personne de taille élevée, que celle-ci pour reconnaître la première. Lorsque le sol est couvert de neige, c'est le contraire qui se produit.

Altération des couleurs par le fait de la distance. — La distance ne modifie pas seulement la portée de la vue, mais encore sa sensibilité à la perception des couleurs. Nous avons vu précédemment que la coloration des objets varie suivant l'éclairage ; qu'à la lueur des étoiles, par exemple, l'échelle des couleurs comprend toutes les nuances entre le gris clair et le noir, mais qu'il est impossible de distinguer toutes les couleurs du spectre ; que le rouge commence à être perçu au premier quartier de lune, etc. D'après le Dr Vincent, de toutes les couleurs, la *blanche* est

celle qui s'altère le moins et se voit de plus loin ; elle ne cesse d'être perçue que lorsque l'objet lui-même cesse de l'être.

La distance modifie encore la vue des objets par la *combinaison des couleurs*. Ainsi, suivant l'auteur, les surfaces qui présentent des dessins à couleurs multiples prennent à distance une teinte uniforme ; lorsque ces couleurs dominent de beaucoup, la sensation qu'elles déterminent peut annihiler les autres ; toutes les couleurs donnent au blanc dominant la nuance qui leur est propre.

Comme application en médecine légale, un témoin qui affirme avoir vu, au delà de 50 mètres, un délinquant vêtu d'une blouse grise, bien qu'en réalité elle fût à petits carreaux noirs et blancs, est dans le vrai.

Il faut enfin tenir compte des *contrastes* : les objets se distinguent à une distance d'autant plus grande, que leur couleur *tranche* davantage sur la coloration du fond sur lequel ils reposent.

Ces résultats intéressants et tout à fait nouveaux auxquels est arrivé le Dr Vincent n'ont pas, il l'avoue lui-même, une valeur absolue et exigeraient de nouvelles expériences ; tels qu'ils sont cependant, ils peuvent être invoqués comme arguments dans bon nombre de circonstances où il s'agira d'apprécier si un témoin, prétendant avoir reconnu une personne à une distance donnée, a fait une déposition qui rentre dans les limites du vraisemblable. S'il affirme, par exemple, avoir reconnu à 100 mètres, le jour, une personne qu'il connait un peu, mais qu'il voit rarement et dont les caractères de totalité ne présentent rien de saillant, il est très probable qu'il est dans l'erreur.

Le Dr Vincent pense, comme conclusion, « qu'en tenant compte des distances, des lieux, du degré de connaissance que l'on a des individus, de la manière d'être plus ou moins accentuée de leurs caractères, soit de totalité, soit partiels, des diverses circonstances de lumière, de couleur, de contrastes, de la position réciproque de la personne vue et de la personne qui voit, il est possible d'arriver à une certitude qui lève toute espèce de doute, ou à une probabilité qui, ajoutée aux autres éléments de l'instruction, peut permettre de porter un jugement plus sûr. »

DE LA FOLIE. — DE LA RESPONSABILITÉ CRIMINELLE ET DE LA CAPACITÉ CIVILE.

La question des maladies mentales, dans leurs rapports avec la loi civile et la loi pénale, est une des plus graves qui puissent être soumises à l'appréciation du médecin légiste, une de celles qui engagent le plus sa conscience et sa responsabilité ; lui seul en effet est apte à juger de l'état intellectuel d'un individu, de dire s'il est aliéné ou non, et s'il y a lieu de lui laisser sa liberté, ou de l'enfermer dans un établissement spécial.

Nous adopterons, pour l'étude de ce chapitre, la marche suivie par Tardieu, dans son *Étude médico-légale sur la folie*, et nous examinerons successivement : 1° les conditions dans lesquelles intervient le médecin légiste ; — 2° les règles à suivre pour procéder à l'examen des fous et constater leur état mental ; — 3° les différents genres de folie au point de vue de l'appréciation médico-légale.

I. — Des conditions dans lesquelles le médecin légiste intervient pour la constatation de l'état mental.

Le premier devoir du médecin est de connaître les dispositions de la loi relatives aux aliénés au triple point de vue : 1° des mesures à prendre dans l'intérêt du malade lui-même ou de la sécurité publique ; — 2° de l'appréciation de la capacité dans les différents actes de la vie civile de l'individu ; — 3° de la responsabilité des actes délictueux ou criminels qu'il a pu commettre.

A. — Des mesures légales a prendre dans l'intérêt du malade et de la sécurité publique.

Législation. — Ces mesures sont réglées par la loi du 30 juin 1838 et l'ordonnance du 18 décembre 1839.

ARTICLE PREMIER

DE L'ALIÉNATION MENTALE DANS SES RAPPORTS AVEC LA LOI CIVILE ET LA LOI PÉNALE

§ 1er. — Législation.

Loi du 30 juin 1838 sur les aliénés.

TITRE PREMIER. — DES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS.

ART. 1er. — Chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés, ou de traiter, à cet effet, avec un établissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre département.

Les traités passés avec les établissements publics ou privés devront être approuvés par le ministre de l'intérieur.

ART. 2. — Les établissements publics consacrés aux aliénés sont placés sous la direction de l'autorité publique.

ART. 3. — Les établissements privés consacrés aux aliénés sont placés sous la surveillance de l'autorité publique.

ART. 4. — Le préfet et les personnes spécialement déléguées à cet effet par lui ou par le ministre de l'intérieur, le président du tribunal, le procureur du roi, le juge de paix, le maire de la commune, sont chargés de visiter les établissements publics ou privés consacrés aux aliénés.

Ils recevront les réclamations des personnes qui y seront placées, et prendront, à leur égard, tous renseignements propres à faire connaître leur position.

Les établissements privés seront visités, à des jours indéterminés, une fois au moins chaque trimestre, par le procureur du roi de l'arrondissement. Les établissements publics le sont de la même manière, une fois au moins par semestre.

ART. 5. — Nul ne pourra diriger ni former un établissement privé consacré aux aliénés sans l'autorisation du gouvernement.

Les établissements privés consacrés au traitement d'autres maladies ne pourront recevoir les personnes atteintes d'aliénation mentale, à moins qu'elles ne soient placées dans un local entièrement séparé.

Ces établissements devront être, à cet effet, spécialement autorisés par le gouvernement, et seront soumis, en ce qui concerne les aliénés, à toutes les obligations prescrites par la présente loi.

ART. 6. — Des règlements d'administration publique détermineront les conditions auxquelles seront accordées les autorisations énoncées en l'article précédent, les cas où elles pourront être retirées, et les obligations auxquelles seront soumis les établissements autorisés.

Art. 7. — Les règlements intérieurs des établissements publics consacrés, en tout ou en partie, au service des aliénés, seront, dans les dispositions relatives à ce service, soumis à l'approbation du ministre de l'intérieur.

TITRE II. — Des placements faits dans les établissements d'aliénés.

Section 1re. — *Des placements volontaires.*

Art. 8. — Les chefs ou préposés responsables des établissements publics et les directeurs des établissements privés et consacrés aux aliénés ne pourront recevoir une personne atteinte d'aliénation mentale, s'il ne leur est remis :

1° Une demande d'admission contenant les noms, profession, âge et domicile, tant de la personne qui la formera que de celle dont le placement sera réclamé, et l'indication du degré de parenté ou, à défaut, de la nature des relations qui existent entre elles.

La demande sera écrite et signée par celui qui la formera, et, s'il ne sait pas écrire, elle sera reçue par le maire ou le commissaire de police, qui en donnera acte.

Les chefs, préposés ou directeurs devront s'assurer, sous leur responsabilité, de l'individualité de la personne qui aura formé la demande, lorsque cette demande n'aura pas été reçue par le maire ou le commissaire de police.

Si la demande d'admission est formée par le tuteur d'un interdit, il devra fournir, à l'appui, un extrait du jugement d'interdiction.

2° Un certificat de médecin constatant l'état mental de la personne à placer, et indiquant les particularités de sa maladie et la nécessité de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés, et de l'y tenir renfermée.

Ce certificat ne pourra être admis, s'il a été délivré plus de quinze jours avant sa remise au chef ou directeur; s'il est signé d'un médecin attaché à l'établissement, ou si le médecin signataire est parent ou allié, au second degré inclusivement, des chefs ou propriétaires de l'établissement, ou de la personne qui fera effectuer le placement.

En cas d'urgence, les chefs des établissements publics pourront se dispenser d'exiger le certificat du médecin.

3° Le passeport ou toute autre pièce propre à constater l'individualité de la personne à placer.

Il sera fait mention de toutes les pièces produites dans un bulletin d'entrée, qui sera renvoyé, dans les vingt-quatre heures, avec un certificat du médecin de l'établissement, et la copie de celui ci-dessus mentionné, au préfet de police à Paris, au préfet ou au sous-préfet dans les communes, chefs-lieux de département ou d'arrondissement, et aux maires dans les autres communes. Le sous-préfet, ou le maire, en fera immédiatement l'envoi au préfet.

Art. 9. — Si le placement est fait dans un établissement privé, le préfet, dans les trois jours de la réception du bulletin, chargera un ou plusieurs hommes de l'art de visiter la personne désignée dans ce bulletin, à l'effet de constater son état mental et d'en faire rapport sur-le-champ. Il pourra leur adjoindre telle autre personne qu'il désignera.

Art. 10. — Dans le même délai, le préfet notifiera administrativement les noms, profession et domicile, tant de la personne placée que de celle qui aura demandé le placement et les causes du placement : 1° au procureur du roi de l'arrondissement du domicile de la personne placée ; 2° au procureur du roi de l'arrondissement de la situation de l'établissement : ces dispositions seront communes aux établissements publics et privés.

Art. 11. — Quinze jours après le placement d'une personne dans un établissement public ou privé, il sera adressé au préfet, conformément au dernier paragraphe de l'article 8, un nouveau certificat du médecin de l'établissement ; ce certificat confirmera ou rectifiera, s'il y a lieu, les observations contenues dans le premier certificat, en indiquant le retour plus ou moins fréquent des accès ou des actes de démence.

Art. 12. — Il y aura dans chaque établissement un registre coté et paraphé par le maire, sur lequel seront immédiatement inscrits les noms, profession, âge et domicile des personnes placées dans les établissements, la mention du jugement d'interdiction, si elle a été prononcée, et le nom de leur tuteur; la date de leur placement, les noms, profession et demeure de la personne, parente ou non parente, qui l'aura demandé. Seront également transcrits sur ce registre : 1° le certificat du médecin, joint à la demande d'admission ; 2° ceux que le médecin de l'établissement devra adresser à l'autorité, conformément aux articles 8 et 11.

Le médecin sera tenu de consigner sur ce registre, au moins tous les mois, les changements survenus dans l'état mental de chaque malade. Ce registre constatera également les sorties et les décès.

Ce registre sera soumis aux personnes qui, d'après l'article 4, auront le droit de visiter l'établissement, lorsqu'elles se présenteront pour en faire la visite ; après l'avoir terminée, elles apposeront sur le registre leur visa, leurs signatures et leurs observations s'il y a lieu.

Art. 13. — Toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera d'y être retenue aussitôt que les médecins de l'établissement auront déclaré, sur le registre énoncé en l'article précédent, que la guérison est obtenue.

S'il s'agit d'un mineur ou d'un interdit, il sera donné immédiatement avis de la déclaration des médecins aux personnes auxquelles il devra être remis, et au procureur du roi.

Art. 14. — Avant même que les médecins aient déclaré la guérison, toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera également d'y être retenue, dès que la sortie sera requise par l'une des personnes ci-après désignées, savoir :

1° Le curateur nommé en exécution de l'article 38 de la présente loi;
2° L'époux ou l'épouse ;
3° S'il n'y a pas d'époux ou d'épouse, les ascendants ;
4° S'il n'y a pas d'ascendants, les descendants ;
5° La personne qui aura signé la demande d'admission, à moins qu'un parent n'ait déclaré s'opposer à ce qu'elle use de cette faculté sans l'assentiment du conseil de famille;
6° Toute personne à ce autorisée par le conseil de famille.

S'il résulte d'une opposition notifiée au chef de l'établissement par un ayant droit qu'il y a dissentiment, soit entre les ascendants, soit entre les descendants, le conseil de famille prononcera.

Néanmoins, si le médecin de l'établissement est d'avis que l'état mental du malade pourrait compromettre l'ordre public et la sûreté des personnes, il en sera donné préalablement connaissance au maire, qui pourra ordonner immédiatement un sursis provisoire à la sortie, à la charge d'en référer, dans les vingt-quatre heures, au préfet. Ce sursis provisoire cessera de plein droit à l'expiration de la quinzaine, si le préfet n'a pas, dans ce délai, donné l'ordre contraire, conformément à l'article 21 ci-après. L'ordre du maire sera transcrit sur le registre tenu en exécution de l'article 12.

En cas de minorité ou d'interdiction, le tuteur pourra seul requérir la sortie.

Art. 15. — Dans les vingt-quatre heures de la sortie, les chefs, préposés ou directeurs en donneront avis aux fonctionnaires désignés dans le dernier paragraphe de l'article 8, et leur feront connaître le nom et la résidence des personnes qui auront retiré le malade, son état mental au moment de sa sortie, et, autant que possible, l'indication du lieu où il aura été conduit.

Art. 16. — Le préfet pourra toujours ordonner la sortie immédiate des personnes placées volontairement dans les établissements d'aliénés.

Art. 17. — En aucun cas l'interdit ne pourra être remis qu'à son tuteur, et le mineur qu'à ceux sous l'autorité desquels il est placé par la loi.

Section II. — *Des placements ordonnés par l'autorité publique.*

Art. 18. — A Paris, le préfet de police, et dans les départements, les préfets, ordonneront d'office le placement, dans un établissement d'aliénés, de toute personne interdite ou non interdite, dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes.

Les ordres des préfets seront motivés et devront énoncer les circonstances qui les auront rendus nécessaires. Ces ordres, ainsi que ceux qui seront donnés conformément aux articles 19, 20, 21 et 23, seront inscrits sur un registre semblable à celui qui est prescrit par l'article 12 ci-dessus, dont toutes les dispositions seront applicables aux individus placés d'office.

Art. 19. — En cas de danger imminent, attesté par le certificat d'un médecin ou par la notoriété publique, les commissaires de police à Paris, et les maires dans les autres communes, ordonneront, à l'égard des personnes atteintes d'aliénation mentale, toutes les mesures provisoires nécessaires, à la charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet, qui statuera sans délai.

Art. 20. — Les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements, seront tenus d'adresser aux préfets, dans le premier mois de chaque semestre, un rapport rédigé par le médecin de l'établissement sur l'état de chaque personne qui y sera retenue, sur la nature de sa maladie et les résultats du traitement.

Le préfet prononcera sur chacune individuellement, ordonnera sa maintenue dans l'établissement ou sa sortie.

Art. 21. — A l'égard des personnes dont le placement aura été volontaire, et dans le cas où leur état mental pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, le préfet pourra, dans les formes tracées par le deuxième paragraphe de l'article 18, décerner un ordre spécial, à l'effet d'empêcher qu'elles ne sortent de l'établissement sans son autorisation, si ce n'est pour être placées dans un autre établissement.

Les chefs, directeurs ou préposés responsables, seront tenus de se conformer à cet ordre.

Art. 22. — Les procureurs du roi seront informés de tous les ordres donnés en vertu des articles 18, 19, 20 et 21.

Ces ordres seront notifiés au maire du domicile des personnes soumises au placement, qui en donnera immédiatement avis aux familles.

Il en sera rendu compte au ministre de l'intérieur.

Les diverses notifications prescrites par le présent article seront faites dans les formes et délais énoncés en l'article 10.

Art. 23. — Si, dans l'intervalle qui s'écoulera entre les rapports ordonnés par l'article 20, les médecins déclarent, sur le registre tenu en exécution de l'article 12, que la sortie peut être ordonnée, les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements seront tenus, sous peine d'être poursuivis, conformément à l'article 30 ci-après, d'en référer aussitôt au préfet, qui statuera sans délai.

Art. 24. — Les hospices et hôpitaux civils seront tenus de recevoir provisoirement les personnes qui leur seront adressées en vertu des articles 18 et 19, jusqu'à ce qu'elles soient dirigées sur l'établissement spécial, destiné à les recevoir, aux termes de l'article 1er, ou pendant le trajet qu'elles feront pour s'y rendre.

Dans toutes les communes où il existe des hospices ou hôpitaux, les aliénés ne pourront être déposés ailleurs que dans ces hospices ou hôpitaux. Dans les lieux où il n'en existe pas, les maires devront pourvoir à leur logement, soit dans une hôtellerie, soit dans un local loué à cet effet.

Dans aucun cas, les aliénés ne pourront être conduits avec les condamnés ou les prévenus, ni déposés dans une prison.

Ces dispositions sont applicables à tous les aliénés dirigés par l'administration sur un établissement public ou privé.

Section III. — *Dépenses du service des aliénés.*

Art. 25. — Les aliénés dont le placement aura été ordonné par le préfet, et dont les familles n'auront pas demandé l'admission dans un établissement privé, seront conduits dans l'établissement appartenant au département, ou avec lequel il aura traité.

Les aliénés dont l'état mental ne compromettrait point l'ordre public ou la sûreté des personnes y seront également admis, dans les formes, dans les circonstances et aux conditions qui seront réglées par le conseil général, sur la proposition du préfet, et approuvées par le ministre.

Art. 26. — La dépense du transport des personnes dirigées par l'administration sur les établissements d'aliénés sera arrêtée par le préfet sur le mémoire des agents préposés à ce transport.

La dépense de l'entretien du séjour et du traitement des personnes placées dans les hospices ou établissements publics d'aliénés sera réglée d'après un tarif arrêté par le préfet.

La dépense de l'entretien, du séjour et du traitement des personnes placées par les départements dans les établissements privés sera fixée par les traités passés par le département, conformément à l'article 1er.

Art. 27. — Les dépenses énoncées en l'article précédent seront à la charge des personnes placées ; à défaut, à la charge de ceux auxquels il peut être demandé des aliments, aux termes de l'article 205 et suivants du Code civil.

S'il y a contestation sur l'obligation de fournir des aliments, ou sur leur quotité, il sera statué par le tribunal compétent, à la diligence de l'administrateur désigné en exécution des articles 31 et 32.

Le recouvrement des sommes dues sera poursuivi et opéré à la diligence de l'administration de l'enregistrement et des domaines.

Art. 28. — A défaut, ou en cas d'insuffisance des ressources énoncées en l'article précédent, il y sera pourvu sur les centimes affectés, par la loi des finances, aux dépenses ordinaires du département auquel l'aliéné appartient, sans préjudice du concours de la commune du domicile de l'aliéné, d'après les bases proposées par le conseil général sur l'avis du préfet, et approuvées par le gouvernement.

Les hospices seront tenus à une indemnité proportionnée au nombre des aliénés dont le traitement ou l'entretien était à leur charge, et qui seraient placés dans un établissement spécial d'aliénés.

En cas de contestation, il sera statué par le conseil de préfecture.

Section IV. — *Dispositions communes à toutes les personnes placées dans les établissements d'aliénés.*

Art. 29. — Toute personne placée ou retenue dans un établissement d'aliénés, son tuteur, si elle est mineure, son curateur, tout parent ou ami, pourront, à quelque époque que ce soit, se pourvoir devant le tribunal du lieu de la situation de l'établissement, qui, après les vérifications nécessaires, ordonnera, s'il y a lieu, la sortie immédiate.

Les personnes qui auront demandé le placement, et le procureur du roi, d'office, pourront se pourvoir aux mêmes fins.

Dans le cas d'interdiction, cette demande ne pourra être formée que par le tuteur de l'interdit.

La décision sera rendue, sur simple requête, en chambre du conseil et sans délai ; elle ne sera point motivée.

La requête, le jugement et les autres actes auxquels la réclamation pourrait donner lieu seront visés pour timbre et enregistrés en débet.

Aucunes requêtes, aucunes réclamations adressées, soit à l'autorité judiciaire, soit à l'autorité administrative, ne pourront être supprimées ou retenues par les chefs d'établissements, sous les peines portées au titre III ci-après.

Art. 30. — Les chefs, directeurs ou préposés responsables, ne pourront, sous les peines portées par l'article 120 du Code pénal, retenir une personne placée dans un établissement d'aliénés, dès que sa sortie aura été ordonnée par le préfet, aux termes des articles 16, 20 et 23, ou par le tribunal, aux termes de l'article 29, ni lorsque cette personne se trouvera dans les cas énoncés aux articles 13 et 14.

Art. 31. — Les commissions administratives ou de surveillance des hospices ou établissements publics d'aliénés exerceront, à l'égard des personnes non interdites qui y seront placées, les fonctions d'administrateurs provisoires. Elles désigneront un de leurs membres pour les remplir : l'administrateur ainsi désigné procédera au recouvrement des sommes dues à la personne placée dans l'établissement, et à l'acquittement de ses dettes ; passera des baux qui ne pourront excéder trois ans, et pourra même, en vertu d'une autorisation spéciale accordée par le président du tribunal civil, faire vendre le mobilier.

Les sommes provenant, soit de la vente, soit des autres recouvrements, seront versées directement dans la caisse de l'établissement, et seront employées, s'il y a lieu, au profit de la personne placée dans l'établissement.

Le cautionnement du receveur sera affecté à la garantie desdits deniers, par privilège aux créances de toute autre nature.

Néanmoins les parents, l'époux ou l'épouse des personnes placées dans des établissements d'aliénés dirigés ou surveillés par des commissions administratives, ces commissions elles-mêmes, ainsi que le procureur du roi, pourront toujours recourir aux dispositions des articles suivants.

Art. 32. — Sur la demande des parents, de l'époux ou de l'épouse, sur celle de la commission administrative ou sur la provocation d'office du procureur du roi, le tribunal civil du lieu du domicile pourra, conformément à l'article 497 du Code civil, nommer en chambre du conseil un administrateur provisoire aux biens de toute personne non interdite placée dans un établissement d'aliénés. Cette nomination n'aura lieu qu'après délibération du conseil de famille, et sur les conclusions du procureur du roi. Elle ne sera pas sujette à l'appel.

Art. 33. — Le tribunal, sur la demande de l'administrateur provisoire, ou à la diligence du procureur du roi, désignera un mandataire spécial à l'effet de représenter en justice tout individu non interdit et placé ou retenu dans un établissement d'aliénés, qui serait engagé dans une contestation judiciaire au moment du placement, ou contre lequel une action serait intentée postérieurement.

Le tribunal pourra aussi, dans le cas d'urgence, désigner un mandataire spécial, à l'effet d'intenter, au nom des mêmes individus, une action mobilière ou immobilière. L'administrateur provisoire pourra, dans les deux cas, être désigné pour mandataire spécial.

Art. 34. — Les dispositions du Code civil, sur les causes qui dispensent de la tutelle, sur les incapacités, les exclusions ou les destitutions des tuteurs, sont applicables aux administrateurs provisoires nommés par le tribunal.

Sur la demande des parties intéressées, ou sur celle du procureur du roi, le jugement qui nommera l'administrateur provisoire pourra en même temps constituer sur ses biens une hypothèque générale ou spéciale, jusqu'à concurrence d'une somme déterminée par ledit jugement.

Le procureur du roi devra, dans le délai de quinzaine, faire inscrire cette hypothèque au bureau de la conservation : elle ne datera que du jour de l'inscription.

Art. 35. — Dans le cas où un administrateur provisoire aura été nommé par jugement, les significations à faire à la personne placée dans un établissement d'aliénés seront faites à cet administrateur.

Les significations faites au domicile pourront, suivant les circonstances, être annulées par les tribunaux.

Il n'est point dérogé aux dispositions de l'article 173 du Code de commerce.

Art. 36. — A défaut d'administrateur provisoire, le président, à la requête de la partie la plus diligente, commettra un notaire pour représenter les personnes non interdites placées dans les établissements d'aliénés, dans les inventaires, comptes, partages et liquidations dans lesquels elles seraient intéressées.

Art. 37. — Les pouvoirs conférés en vertu des articles précédents cesseront de plein droit dès que la personne placée dans un établissement d'aliénés n'y sera plus retenue.

Les pouvoirs conférés par le tribunal en vertu de l'article 32 cesse-

ront de plein droit à l'expiration d'un délai de trois ans : ils pourront être renouvelés.

Cette disposition n'est pas applicable aux administrateurs provisoires qui seront donnés aux personnes entretenues par l'administration dans les établissements privés.

Art. 38. — Sur la demande de l'intéressé, de l'un de ses parents, de l'époux ou de l'épouse, d'un ami, ou sur la provocation d'office du procureur du roi, le tribunal pourra nommer en chambre du conseil, par jugement non susceptible d'appel, outre l'administrateur provisoire, un curateur à la personne de tout individu non interdit placé dans un établissement d'aliénés, lequel devra veiller : 1° à ce que ses revenus soient employés à adoucir son sort et à accélérer sa guérison ; 2° à ce que ledit individu soit rendu au libre exercice de ses droits aussitôt que sa situation le permettra.

Ce curateur ne pourra pas être choisi parmi les héritiers présomptifs de la personne placée dans un établissement d'aliénés.

Art. 39. — Les actes faits par les personnes placées dans un établissement d'aliénés, pendant le temps qu'elle y aura été retenue, sans que son interdiction ait été prononcée ni provoquée, pourront être attaqués pour cause de démence, conformément à l'article 1304 du Code civil.

Les dix ans de l'action en nullité courront, à l'égard de la personne retenue qui aura souscrit les actes, à dater de la signification qui lui lui en aura été faite, ou de la connaissance qu'elle en aura eue après sa sortie définitive de la maison d'aliénés ;

Et, à l'égard de ses héritiers, à dater de la signification qui leur en aura été faite, ou de la connaissance qu'ils en auront eue, depuis la mort de leur auteur.

Lorsque les dix ans auront commencé de courir contre celui-ci, ils continueront de courir après tous les héritiers.

Art. 40. — Le ministère public sera entendu dans toutes les affaires qui intéresseront les personnes placées dans un établissement d'aliénés, lors même qu'elles ne seront pas interdites.

TITRE III. — Dispositions générales.

Art. 41. — Les contraventions aux dispositions des articles 5, 8, 11, 12, du second paragraphe de l'article 13, des articles 15, 17, 20, 21 et du dernier paragraphe de l'article 29 de la présente loi, et aux règlements rendus en vertu de l'article 6, qui seront commises par les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements publics ou privés d'aliénés, et par les médecins employés dans ces établissements, seront punies d'un emprisonnement de cinq jours à un an, et d'une amende de cinquante francs à trois mille francs, ou de l'une ou l'autre de ces peines.

Il pourra être fait application de l'article 463 du Code pénal.

Des établissements publics consacrés aux aliénés.

Art. 1er. — Les établissements publics consacrés au service des aliénés seront administrés sous l'autorité de notre ministre secrétaire d'État au département de l'intérieur et des préfets des départements, et sous la surveillance de commissions gratuites, par un directeur responsable dont les attributions seront ci-après déterminées.

Art. 2. — Les commissions de surveillance seront composées de cinq membres nommés par les préfets et renouvelés chaque année par cinquième.

Les membres des commissions de surveillance ne pourront être révoqués que par notre ministre de l'intérieur sur le rapport du préfet.

Chaque année, après le renouvellement, les commissions nommeront leur président et leur secrétaire.

Art. 3. — Les directeurs et les médecins en chef et adjoints seront nommés par notre ministre secrétaire d'Etat au département de l'intérieur, directement pour la première fois, et, pour les vacances suivantes, sur une liste de trois candidats présentés par les préfets.

Pourront aussi être appelés aux places vacantes, concurremment avec les candidats présentés par les préfets, les directeurs et les médecins en chef ou adjoints qui auront exercé leurs fonctions pendant trois ans dans d'autres établissements d'aliénés.

Les élèves attachés aux établissements d'aliénés seront nommés pour un temps limité, selon le mode déterminé par le règlement sur le service intérieur de chaque établissement.

Les directeurs, les médecins en chef et les médecins adjoints, ne pourront être révoqués que par notre ministre de l'intérieur, sur le rapport des préfets.

Art. 4. — Les commissions instituées par l'article 1er, chargées de la surveillance générale de toutes les parties du service des établissements, sont appelées à donner leur avis sur le régime intérieur, sur les budgets et les comptes, sur les actes relatifs à l'administration, tels que le mode de gestion des biens, les projets de travaux, les procès à intenter ou à soutenir, les transactions, les emplois de capitaux, les acquisitions, les emprunts, les ventes ou échanges d'immeubles, les acceptations de legs, les donations, les pensions à accorder s'il y a lieu, les traités à conclure pour le service des malades.

Art. 5. — Les commissions de surveillance se réuniront tous les mois. Elles seront, en outre, convoquées par les préfets ou les sous-préfets toutes les fois que les besoins du service l'exigeront.

Le directeur de l'établissement et le médecin en chef chargé du service médical assisteront aux séances de la commission ; leur voix sera seulement consultative.

Néanmoins le directeur et le médecin en chef devront se retirer de la séance au moment où la commission délibérera sur les comptes

d'administration et sur les rapports qu'elle pourrait avoir à adresser directement au préfet.

Art. 6. — Le directeur est chargé de l'administration intérieure de l'établissement et de la gestion de ses biens et revenus.

Il pourvoit, sous les conditions prescrites par la loi, à l'admission et à la sortie des personnes placées dans l'établissement.

Il nomme les préposés de tous les services de l'établissement ; il les révoque s'il y a lieu. Toutefois les surveillants, les infirmiers et les gardiens devront être agréés par le médecin en chef ; celui-ci pourra demander leur révocation au directeur. En cas de dissentiment, le préfet prononcera.

Art. 7. — Le directeur est exclusivement chargé de pourvoir à tout ce qui concerne le bon ordre et la police de l'établissement, dans les limites du règlement du service intérieur, qui sera arrêté, en exécution de l'article 7 de la loi du 30 juin 1838, par notre ministre de l'intérieur. Il résidera dans l'établissement.

Art. 8. — Le service médical, et tout ce qui concerne le régime physique et moral, ainsi que la police médicale et personnelle des aliénés, est placé sous l'autorité du médecin, dans les limites du règlement de service intérieur mentionné à l'article précédent.

Les médecins adjoints, dans les maisons où le règlement intérieur en établira, les élèves, les surveillants, les infirmiers et les gardiens, sont, pour le service médical, sous l'autorité du médecin en chef.

Art. 9. — Le médecin en chef remplira les obligations imposées aux médecins par la loi du 30 juin 1838, et délivrera tous certificats relatifs à ses fonctions.

Ces certificats ne pourront être délivrés par le médecin adjoint qu'en cas d'empêchement constaté du médecin en chef.

En cas d'empêchement constaté du médecin en chef et du médecin adjoint, le préfet est autorisé à pourvoir provisoirement à leur remplacement.

Art. 10. — Le médecin en chef sera tenu de résider dans l'établissement.

Il pourra toutefois être dispensé de cette obligation par une décision spéciale de notre ministre de l'intérieur, pourvu qu'il fasse chaque jour au moins une visite générale des aliénés confiés à ses soins, et qu'en cas d'empêchement il puisse être suppléé par un médecin résidant.

Art. 11. — Les commissions administratives des hospices civils, qui ont formé ou qui formeront à l'avenir dans ces établissements des quartiers affectés aux aliénés, seront tenues de faire agréer par le préfet un préposé responsable qui sera soumis à toutes les obligations imposées par la loi du 30 juin 1838.

Dans ce cas, il ne sera pas créé de commission de surveillance.

Le règlement intérieur des quartiers consacrés au service des aliénés sera soumis à l'approbation de notre ministre de l'intérieur, conformément à l'article 7 de cette loi.

Art. 12. — Il ne pourra être créé, dans les hospices civils, des quartiers affectés aux aliénés, qu'autant qu'il sera justifié que l'organisation de ces quartiers permet de recevoir et de traiter cinquante aliénés au moins.

Quant aux quartiers actuellement existants, où il ne pourrait être traité qu'un nombre moindre d'aliénés, il sera statué sur leur maintien par notre ministre de l'intérieur.

Art. 13. — Notre ministre de l'intérieur pourra toujours autoriser, ou même ordonner d'office, la réunion des fonctions de directeur et de médecin.

Art. 14. — Le traitement du directeur et du médecin sera déterminé par un arrêté de notre ministre de l'intérieur.

Art. 15. — Dans tous les établissements publics où le travail des aliénés sera introduit comme moyen curatif, l'emploi du produit de ce travail sera déterminé par le règlement intérieur de cet établissement.

Art. 16. — Les lois et règlements relatifs à l'administration générale des hospices et établissements de bienfaisance, en ce qui concerne notamment l'ordre de leurs services financiers, la surveillance de la gestion du receveur, les formes de la comptabilité, sont applicables aux établissements publics d'aliénés en tout ce qui n'est pas contraire aux dispositions qui précèdent.

Des établissements privés consacrés aux aliénés.

Art. 17. — Quiconque voudra former ou diriger un établissement privé destiné au traitement des aliénés devra en adresser la demande au préfet du département où l'établissement devra être situé.

Art. 18. — Il justifiera :

1° Qu'il est majeur et exerçant ses droits civils ;

2° Qu'il est de bonnes vie et mœurs ; il produira, à cet effet, un certificat délivré par le maire de la commune ou de chacune des communes où il aura résidé depuis trois ans;

3° Qu'il est docteur en médecine.

Art. 19. — Si le requérant n'est pas docteur en médecine, il produira l'engagement d'un médecin qui se chargera du service médical de la maison et déclarera se soumettre aux obligations spécialement imposées sous ce rapport par les lois et règlements.

Ce médecin devra être agréé par e préfet, qui pourra toujours le révoquer. Toutefois cette révocation ne sera définitive qu'autant qu'elle aura été approuvée par notre ministre de l'intérieur.

Art. 20. — Le requérant indiquera, dans sa demande, le nombre et le sexe des pensionnaires que l'établissement pourra contenir; il en sera fait mention dans l'autorisation.

Art. 21. — Il déclarera si l'établissement doit être uniquement affecté aux aliénés, ou s'il recevra d'autres malades. Dans ce dernier

cas, il justifiera, par la production du plan de l'établissement, que le local consacré aux aliénés est entièrement séparé de celui qui est affecté au traitement des autres malades.

Art. 22. — Il justifiera :

1° Que l'établissement n'offre aucune cause d'insalubrité, tant au dedans qu'au dehors, et qu'il est situé de manière que les aliénés ne soient pas incommodés par un voisinage bruyant ou capable de les agiter ;

2° Qu'il peut être alimenté, en tout temps, d'eau de bonne qualité et en quantité suffisante ;

3° Que, par la disposition des localités, il permet de séparer complètement les sexes, l'enfance et l'âge mûr ; d'établir un classement régulier entre les convalescents, les malades paisibles et ceux qui sont agités ; de séparer également les aliénés épileptiques ;

4° Que l'établissement contient des locaux particuliers pour les aliénés atteints de maladies accidentelles, et pour ceux qui ont des habitudes de malpropreté ;

5° Que toutes les précautions ont été prises, soit dans les constructions, soit dans la fixation du nombre des gardiens, pour assurer le service et la surveillance de l'établissement.

Art. 23. — Il justifiera également, par la production du règlement intérieur de la maison, que le régime de l'établissement offrira toutes les garanties convenables sous le rapport des bonnes mœurs et de la sûreté des personnes.

Art. 24. — Tout directeur d'un établissement privé consacré au traitement des aliénés devra, avant d'entrer en fonctions, fournir un cautionnement dont le montant sera déterminé par l'ordonnance royale d'autorisation.

Art. 25. — Le cautionnement sera versé, en espèces, à la caisse des dépôts et consignations, et sera exclusivement destiné à pourvoir dans les formes et pour les cas déterminés dans l'article suivant aux besoins des aliénés pensionnaires.

Art. 26. — Dans tous les cas où, pour une cause quelconque, le service d'un établissement privé consacré aux aliénés se trouverait suspendu, le préfet pourra constituer, à l'effet de remplir les fonctions de directeur responsable, un régisseur provisoire entre les mains duquel la caisse des dépôts et consignations, sur les mandats du préfet, versera ce cautionnement, en tout ou en partie, pour l'appliquer au service des aliénés.

Art. 27. — Tout directeur d'un établissement privé consacré aux aliénés pourra, à l'avance, faire agréer par l'administration une personne qui se chargera de le remplacer dans le cas où il viendrait à cesser ses fonctions, par suite de suspension d'interdiction judiciaire, d'absence, de faillite, de décès, ou pour toute autre cause.

La personne ainsi agréée sera de droit, dans ces divers cas, investie de la gestion provisoire de l'établissement, et soumise, à ce titre, à toutes les obligations du directeur lui-même.

Cette gestion provisoire ne pourra jamais se prolonger au delà d'un mois sans une autorisation spéciale du préfet.

Art. 28. — Dans le cas où le directeur cesserait ses fonctions par une cause quelconque, sans avoir usé de la faculté ci-dessus, ses héritiers ou ayants cause seront tenus de désigner, dans les vingt-quatre heures, la personne qui sera chargée de la régie provisoire de l'établissement, et soumise, à ce titre, à toutes les obligations du directeur.

A défaut, le préfet fera lui-même cette désignation.

Les héritiers ou ayants cause du directeur devront, en outre, dans le délai d'un mois, présenter un nouveau directeur pour en remplir définitivement les fonctions.

Si la présentation n'est pas faite dans ce délai, l'ordonnance royale d'autorisation sera rapportée de plein droit, et l'établissement sera fermé.

Art. 29. — Lorsque le directeur d'un établissement privé consacré aux aliénés voudra augmenter le nombre des pensionnaires qu'il aura été autorisé à recevoir dans cet établissement, il devra former une demande en autorisation à cet effet, et justifier que les bâtiments primitifs ou ceux additionnels qu'il aura fait construire sont, ainsi que leurs dépendances, convenables et suffisants pour recevoir le nombre déterminé de nouveaux pensionnaires.

L'ordonnance royale qui statuera sur cette demande déterminera l'augmentation proportionnelle que le cautionnement pourra recevoir.

Art. 30. — Le directeur de tout établissement privé consacré aux aliénés devra résider dans l'établissement.

Le médecin attaché dans l'établissement, dans le cas prévu par l'article 19 de la présente ordonnance, sera soumis à la même obligation.

Art. 31. — Le retrait de l'autorisation pourra être prononcé, suivant la gravité des circonstances, dans tous les cas d'infraction aux lois et règlements sur la matière, et notamment dans les cas ci-après :

1° Si le directeur est privé de l'exercice de ses droits civils ;

2° S'il reçoit un nombre de pensionnaires supérieur à celui fixé par l'ordonnance d'autorisation ;

3° S'il reçoit des aliénés d'un autre sexe que celui indiqué par cette ordonnance ;

4° S'il reçoit des personnes atteintes de maladies autres que celles qu'il a déclaré vouloir traiter dans l'établissement ;

5° Si les dispositions des lieux sont changées ou modifiées de manière qu'ils cessent d'être propres à leur destination, ou si les précautions prescrites pour la sûreté des personnes ne sont pas constamment observées ;

6° S'il est commis quelque infraction aux dispositions du règlement du service intérieur en ce qui concerne les mœurs ;

7° S'il a été employé à l'égard des aliénés des traitements contraires à l'humanité ;

8° Si le médecin agréé par l'administration est remplacé par un autre médecin, sans qu'elle en ait approuvé le choix ;

9° Si le directeur contrevient aux dispositions de l'article 8 de la loi du 30 juin 1838;

10° S'il est frappé d'une condamnation prononcée en exécution de l'article 41 de la même loi.

Art. 32. — Pendant l'instruction relative au retrait de l'ordonnance royale d'autorisation, le préfet pourra prononcer la suspension provisoire du directeur et instituera un régisseur provisoire, conformément à l'article 26.

Art. 33. — Il sera statué pour le retrait des autorisations par une ordonnance royale.

Dispositions générales.

Art. 34. — Les établissements publics ou privés consacrés aux aliénés du sexe masculin ne pourront employer que des hommes pour le service personnel des aliénés.

Des femmes seules seront chargées du service personnel des aliénées dans les établissements destinés aux individus du sexe féminin.

Les mesures prises par la loi de 1838 offrent-elles des garanties suffisantes au point de vue de la liberté individuelle, et ne peut-on en abuser pour faire interner, dans un intérêt quelconque, un individu absolument sain d'esprit? Cette question, qui est revenue à l'ordre du jour dans ces dernières années, est encore fort discutée, et sur ce point les opinions sont partagées. Les médecins légistes, Tardieu, Legrand du Saulle, Briand et Chaudé, Brouardel, sans les trouver parfaites, pensent que, comparativement à ce qui existait autrefois, elles réalisent un énorme progrès, et qu'elles sont actuellement très suffisantes; d'autres prétendent qu'elles sacrifient trop la liberté individuelle à la sécurité publique, qu'elles ouvrent la porte à bien des abus, et en demandent depuis longtemps la révision. Nous ne nous chargerons pas de trancher la question.

En résumé, nous voyons que :

1° **Au point de vue de l'admission des aliénés dans un établissement public ou privé**, la loi du 30 juin 1838 distingue deux classes d'aliénés : ceux dont l'aliénation compromet l'ordre public ou la sûreté des personnes; — ceux dont la folie est inoffensive.

De là deux sortes de placements dans les établissements

d'aliénés : les placements d'office et les placements volontaires.

a. Les *placements d'office* sont réglés plus particulièrement par les articles 18, 19, 20, 22, 24. Ces articles expliquent suffisamment dans quelles conditions ils doivent se faire.

b. Les *placements volontaires* sont ceux qui sont faits à la requête des particuliers, et peuvent être demandés, soit pour des fous inoffensifs ou dangereux, soit pour des aliénés déjà interdits ou non interdits. Les principales conditions à remplir pour les faire admettre dans un asile public ou privé sont les suivantes : 1° fournir une demande d'admission contenant les noms, profession, âge et domicile de la personne qui fait la demande, et de celle dont on réclame le placement avec indication du degré de parenté des deux intéressés. — 2° Les chefs des établissements devront s'assurer, sous leur responsabilité, de l'individualité de la personne qui forme la demande. — 3° Si la demande est faite par un tuteur, il doit fournir : *a.* un extrait du jugement d'interdiction ; *b.* un certificat d'un médecin qui n'est ni attaché à l'établissement, ni parent ou allié du malade au second degré inclusivement; ce certificat, qui ne devra pas avoir plus de quinze jours de date, doit constater l'état mental de la personne à placer, indiquer les particularités de la maladie et la nécessité de la faire traiter dans une maison d'aliénés ; *c.* des pièces propres à constater l'individualité de la personne à placer.

2° **Au point de vue de la sortie des aliénés d'un établissement public ou privé**, cette sortie peut avoir lieu : a. *par l'autorité administrative*, qui peut demander la sortie immédiate des aliénés placés par ses ordres, ou par la demande des particuliers, en se conformant aux articles 16, 20, 21, 23 et 30 ; — b. *sur une demande formée par les particuliers*, qui ont le droit de demander cette sortie en se réglant sur l'article 14 ; — c. *par l'autorité judiciaire*, qui peut ordonner d'office la sortie de toute personne placée dans un établissement d'aliénés, en vertu de l'article 29.

3° **Au point de vue de l'intervention médicale**, le médecin peut être appelé à intervenir en vertu des articles suivants : art. 8 et 19, pour constater l'état mental de

la personne à placer, et indiquer s'il y a lieu de la faire enfermer : il est bien spécifié que le médecin ne devra pas être attaché à l'établissement en question, ni être parent ou allié en deçà du deuxième degré du malade, des propriétaires de l'établissement ou de la personne qui fait effectuer le placement ; — art. 9, pour visiter, dans 3 jours, la personne placée dans un établissement privé ou public, et faire un rapport sur son état mental ; — art. 11, pour dresser, au bout de quinze jours, un nouveau certificat qui confirmera ou rectifiera définitivement le diagnostic du premier ; — art. 13, pour déclarer que le malade est guéri, et qu'il peut sortir de la maison de santé.

Tardieu insiste avec raison sur le rôle du médecin dans le placement d'un malade aliéné ; il fait remarquer que les polémiques ardentes engagées dans ces dernières années sur la loi de 1838, et la responsabilité du corps médical, ont eu pour conséquence d'alarmer, d'effrayer même les médecins, et que la plupart des hommes de l'art se refusent actuellement à délivrer des certificats les mieux justifiés : l'admission d'aliénés dangereux se trouve, par ces motifs, empêchée ou retardée, au grand détriment de la sécurité publique. Quand un médecin a constaté la folie, et reconnu la nécessité et l'urgence d'isoler le malade, Tardieu lui conseille non de s'abstenir, mais de s'adjoindre un ou plusieurs confrères, et de ne décider le placement de l'aliéné dans une maison de santé que dans une consultation solennelle. Ce certificat devra contenir dans tous leurs détails les particularités de la maladie, de manière que leurs conclusions puissent défier tout contrôle. « Le médecin qui agit ainsi, dit-il, après avoir porté un diagnostic sérieux et réfléchi, n'a rien à craindre ; il a reconnu la folie et ordonné l'isolement, comme le moyen de traitement qui lui paraît le plus utile dans l'intérêt du malade, et en même temps comme une mesure d'ordre et de sécurité pour ceux qui l'entourent. »

Le placement d'un aliéné, dans un asile ou une maison de santé, présente parfois certaines difficultés provenant uniquement du mode d'exécution ; le médecin qui a prescrit cette mesure grave doit les connaitre, et surtout indi-

quer aux familles comment il faut procéder. Tardieu insiste sur ce petit point de pratique, et voici ce qu'il recommande : lorsque le malade est *calme*, mais défiant, on le fait sortir de sa maison, à l'aide d'une histoire quelconque, et on le dirige, à son insu, vers la maison de santé; quelquefois même, le médecin doit intervenir personnellement. Dans certains cas, l'aliéné ne se laisse pas convaincre : on peut alors le faire appeler devant l'autorité, sous un prétexte quelconque, et le faire conduire à l'établissement en question, par des agents ou des domestiques expérimentés, que fournissent volontiers les maisons de santé. Lorsqu'il s'agit de *fous furieux*, il faut de toute nécessité employer la force ; on aura recours alors aux hommes habitués au service des aliénés, qui parviennent à s'en rendre maitres sans danger.

La question de sortie de l'aliéné supposé guéri, ou en état d'être rendu à la liberté, est très délicate et demande toute l'attention du médecin expert ; il y a toujours à craindre des rechutes. Suivant Tardieu, cette sortie ne doit être autorisée que lorsqu'il est bien démontré qu'elle ne peut avoir aucun inconvénient ni pour le malade, ni pour la société ; elle ne doit avoir lieu, en tout cas, qu'après une vérification médicale sérieuse, souvent ordonnée du reste par les tribunaux eux-mêmes.

B. — De la capacité des aliénés dans les différents actes de la vie.

Législation. — *Code civil.* Art. 174. — Lorsque l'opposition du mariage est fondée sur l'état de démence du futur époux, cette opposition, dont le tribunal pourra prononcer main-levée pure et simple, ne sera jamais reçue qu'à la charge, par l'opposant, de provoquer l'interdiction et d'y faire statuer dans le délai qui sera fixé par le jugement.

Art. 442. — Ne peuvent être tuteurs ni membres des conseils de famille les interdits.

Art. 901. — Pour faire une donation entre-vifs ou un testament, il faut être sain d'esprit.

Art. 489. — Le majeur qui est dans un état habituel d'imbécillité, de démence ou de fureur, doit être interdit, même lorsque cet état présente des intervalles lucides.

Art. 490. — Tout parent est recevable à provoquer l'interdiction de

son parent. Il en est de même pour l'un des époux à l'égard de l'autre.

Art. 491. — Dans les cas de fureur, si l'interdiction n'est provoquée ni par l'époux ni par les parents, elle doit l'être par le procureur du roi (ou de la République), qui, dans les cas d'imbécillité ou de démence, peut aussi la provoquer contre un individu qui n'a ni époux, ni épouse, ni parents connus.

Art. 492. — Toute demande en interdiction sera portée devant le tribunal de première instance.

Art. 493. — Les faits d'imbécillité, de démence ou de fureur sont articulés par écrit. Ceux qui poursuivront l'interdiction présenteront les témoins et les pièces.

Art. 497. — Après le premier interrogatoire, le tribunal commettra, s'il y a lieu, un administrateur provisoire pour prendre soin de la personne et des biens du défendeur.

Art. 498. — Le jugement, sur une demande en interdiction, ne pourra être rendu qu'à l'audience publique les parties entendues ou appelées.

Art. 499. — En rejetant la demande en interdiction, le tribunal pourra néanmoins, si les circonstances l'exigent, ordonner que le défendeur ne pourra désormais plaider, transiger, emprunter, recevoir un capital mobilier, ni en donner la décharge, aliéner, ni grever ses biens d'hypothèques, sans l'assistance d'un conseil nommé par le même jugement.

Art. 503. — Les actes antérieurs à l'interdiction pourront être annulés si les causes de l'interdiction existaient notoirement à l'époque desdits actes.

Art. 504. — Après la mort d'un individu, les actes par lui faits ne pourront être attaqués pour cause de démence qu'autant que son interdiction aura été prononcée ou provoquée avant son décès, à moins que la preuve de la démence ne résulte de l'acte même qui est attaqué.

Art. 505. — S'il n'y a pas d'appel du jugement d'interdiction rendu en première instance, ou s'il est confirmé sur l'appel, il sera pourvu à la nomination d'un tuteur ou d'un subrogé-tuteur à l'interdit, suivant les règles prescrites au titre *De la minorité, de la tutelle et de l'émancipation*. L'administrateur provisoire cessera ses fonctions, et rendra compte au tuteur s'il ne l'est pas lui-même.

Art. 506. — Le mari est, de droit, le tuteur de sa femme interdite.

Art. 507. — La femme pourra être nommée tutrice de son mari. En ce cas, le conseil de famille réglera la forme et les conditions de l'administration, sauf le recours devant les tribunaux de la part de la femme qui se croirait lésée par l'arrêté de sa famille.

Art. 508. — Nul, à l'exception des époux, des ascendants et des descendants, ne sera tenu de conserver la tutelle d'un interdit au delà de dix ans. A l'expiration de ce délai, le tuteur pourra demander et devra obtenir son remplacement.

Art. 509. — L'interdit est assimilé au mineur, pour sa personne et

pour ses biens; les lois sur la tutelle des mineurs s'appliqueron à la tutelle des interdits.

Art. 510. — Les revenus d'un interdit doivent être essentiellement employés à adoucir son sort et à accélérer sa guérison.

Selon les caractères de sa maladie et l'état de sa fortune, le conseil de famille pourra arrêter qu'il sera traité dans son domicile ou qu'il sera placé dans une maison de santé et même dans un hospice.

Art. 512. — L'interdiction cesse avec les causes qui l'ont déterminée; néanmoins, la main-levée ne sera prononcée qu'en observant les formalités prescrites pour parvenir à l'interdiction, et l'interdit ne pourra reprendre l'exercice de ses droits qu'après le jugement de main-levée.

Comme on le voit par cet exposé, l'appréciation médico-légale de la capacité exige, avant tout, la constatation de l'état mental, et la loi ne peut être appliquée sans l'intervention préalable du médecin. Son rôle a ici une importance capitale, car c'est à lui de décider si l'individu possède la première condition de la vie civile, c'est-à-dire la sanité d'esprit et la plénitude de ses facultés.

Les questions qui peuvent lui être soumises sont principalement relatives à l'*interdiction*, au *mariage*, aux *donations* et aux *testaments*.

Interdiction. — La demande en interdiction, portée devant le tribunal civil, doit être accompagnée d'un certificat médical destiné à constater la folie, et à éclairer en même temps le conseil de famille, dont le tribunal ordonne la réunion et réclame l'avis, avant tout acte d'instruction. Le certificat, délivré dans ces circonstances, demande de la part du médecin une attention toute particulière. « Il ne doit pas ignorer, dit Tardieu, que l'aliéné, après ces préliminaires, va être interrogé, soit en chambre du conseil, soit par un juge délégué assisté d'un membre du ministère public, et que cet interrogatoire, sur lequel repose en général le succès de l'instance, aura pour base principale le certificat du médecin et les faits qu'il énonce. Il se peut qu'une enquête soit jugée nécessaire, dans laquelle les preuves de la folie pourront être administrées par pièces ou par témoins, et où, par conséquent, trouveront place encore les documents et les témoignages médicaux. »

Suivant de Castelnau, « lorsque le médecin est arrivé à formuler en conclusions les résultats de ses recherches, au lieu

de conclure d'une manière générale, comme on le fait toujours, que telle personne est incapable de se diriger et d'administrer ses biens, il devra déterminer quelles sont les facultés qui sont perdues ou affaiblies, quelles sont celles qui sont conservées; si celles qui ne sont qu'affaiblies ou celles qui sont conservées suffisent pour permettre à l'aliéné d'apprécier les faits les plus simples et de comprendre les devoirs de la vie sociale; enfin si l'état de l'individu qu'il a examiné offre des chances de guérison, ou si, au contraire, il doit, d'après les données de la science, rester longtemps stationnaire ou s'aggraver provisoirement. »

Suivant le texte de la loi, la demande en interdiction doit s'appuyer sur un « état habituel d'imbécillité, de démence ou de fureur avec ou sans intervalle lucide. » Ces termes de la loi ont été fort discutés; on leur a reproché de n'être ni assez clairs, ni suffisamment scientifiques. On s'est demandé si le législateur a voulu définir trois états distincts, ou donner une définition technique de ces trois états. Tardieu pense qu'il a voulu désigner trois états distincts; sans quoi il eût employé un seul mot générique : aliénation mentale, ou folie, ou même simplement démence. La loi s'est bien inspirée de la science, mais ne lui a pas emprunté, avec intention, son langage précis : elle a voulu, suivant l'opinion de Demolombe, laisser une très large place à l'appréciation, et toute latitude au juge de prononcer suivant les particularités du fait. Tardieu se range très franchement à cette opinion, et pense que la loi a voulu soumettre à l'interdiction les diverses formes de l'insanité d'esprit, c'est-à-dire : 1° l'*imbécillité*, caractérisée par la faiblesse d'esprit originelle, qui, au plus haut degré, constitue l'idiotisme, le défaut de développement des facultés intellectuelles; — 2° la *démence*, ou folie proprement dite, caractérisée par l'abolition complète ou incomplète, le plus souvent graduelle, des facultés, aboutissant ultime et fatal de la plupart des affections mentales; — 3° la *fureur*, qui comprend les formes aiguës de l'aliénation, caractérisée par le délire furieux, l'exaltation, le désordre des idées et la violence des actes, qui rendent l'aliéné dangereux pour lui-même et pour les autres.

La loi ajoute que l'individu, pour être interdit, doit être dans un *état habituel* d'aliénation, voulant éliminer par là les troubles passagers de l'intelligence qui peuvent survenir, comme complication, dans le cours d'une foule de maladies aiguës. Il faut que la folie soit le fait prédominant, durable, habituel, sans admettre cependant qu'elle sera incurable; car on ne doit pas perdre de vue que l'interdiction n'a rien de définitif, et qu'elle peut être levée dès que l'état du malade l'exigera. Aussi Tardieu conseille-t-il au médecin, dans l'examen du futur interdit, « de tenir grand compte de la marche aussi bien que de la forme de la folie, de sa durée aussi bien que de sa terminaison probable, et de se garder bien de donner un avis favorable à la demande, quand il aura reconnu que la maladie est récente et vraisemblablement curable. »

La loi ajoute encore (art. 489 du *Code civil*) que l'interdiction devra être prononcée, même lorsque l'état habituel de la folie présente des *intervalles lucides*. C'est là un point délicat, qui soulève dans la pratique bien des difficultés. Que doit-on en effet entendre par ces mots *intervalles lucides ?* Suivant Tardieu, il ne s'agit pas ici des rémissions franches, des intervalles de retour à la raison, des intermittences périodiques qui s'observent dans certaines formes de la folie, mais des rémissions passagères, des lueurs de bon sens, qui se produisent dans les maladies mentales à marche lente, ou à la suite de crises paroxystiques très aiguës. Ces intervalles lucides, plus ou moins fugaces, ne modifient en rien les fonctions générales de l'individu au point de vue de l'atteinte portée à ses facultés.

Conseil judiciaire. — *Demi-interdits.* — A côté des aliénés frappés d'interdiction complète par la loi, il existe une autre catégorie d'individus qui, en vertu de l'article 499 du Code civil, ne peuvent jouir de leurs droits civils que dans certaines limites; ils peuvent bien se marier ou tester, mais ils doivent être pourvus d'un *conseil judiciaire* pour la gestion de leurs biens. Cette demi-interdiction, prononcée dans le droit ancien contre le prodigue ou le faible d'esprit, s'applique actuellement : 1° lorsqu'un individu, en raison de son grand âge, a éprouvé un affaiblissement considérable de

la raison, sans perdre toutefois son bon sens; — 2° lorsqu'à la faiblesse d'esprit viennent se joindre des attaques d'épilepsie; — 3° lorsque l'individu est arrivé à un âge tel, qu'il peut se laisser entrainer à faire des ventes ou des actes contre sa volonté, et sans qu'il en profitât personnellement (Briand et Chaudé); — 4° lorsque ses facultés mentales ont subi une atteinte sérieuse à la suite d'une maladie convulsive ou d'une lésion cérébrale (Linas).

Mariage. — Nous avons vu précédemment que le mariage peut être déclaré nul, lorsqu'il est démontré que l'un des conjoints n'a pu donner un consentement libre et conscient, par suite de l'altération de ses facultés, et qu'on peut enfin faire opposition au mariage, si le futur époux est en état de démence. L'appréciation de cet état mental au moment de l'acte présente de grandes difficultés, parce que, comme le fait judicieusement remarquer Tardieu, il s'agit rarement « d'aliénation constante, continue, complète, qui ne laisse pas place au doute, et qui permette d'affirmer que l'individu n'a pu ni voulu ce qu'il faisait, ni ce qu'on lui faisait faire. Le médecin se trouve le plus souvent en présence d'états mal définis, où l'altération des facultés est plus ou moins probable, plus ou moins profonde, où la maladie mentale laisse subsister une part plus ou moins considérable de la volonté, où celle-ci enfin peut se réveiller plus ou moins active et ferme dans une rémission franche et complète, et où, en un mot, il existe de véritables intervalles lucides. » La tâche du médecin est donc extrêmement délicate; aussi devra-t-il s'attacher aux moindres circonstances, et les examiner avec la plus scrupuleuse attention. Ces questions épineuses se posent surtout dans les cas d'imbécillité, de faiblesse d'esprit, de démence ou de mariages *in extremis*, contractés par des individus dont les facultés intellectuelles et les sens sont obscurcis par la maladie ou les approches de la mort. Tardieu avoue qu'il est très difficile de poser ici des principes fixes, et d'indiquer la marche à suivre, en raison de la multiplicité des cas et des conditions particulières qui peuvent se présenter.

Donations et testaments. — D'après l'article 901 du Code civil, « pour faire une donation entre-vifs ou un testa-

ment, il faut être sain d'esprit. » Il ne s'agit donc ici que des personnes non interdites, puisque l'interdiction entraine, de droit, la nullité des actes qui l'ont suivie, au moins dans l'immense majorité des cas; car on peut invoquer, pour faire accepter le testament, la circonstance d'un intervalle lucide, surtout lorsque les dispositions testamentaires sont judicieuses et dénotent une réelle netteté des facultés intellectuelles. Le médecin expert pourra donc être consulté, pour apprécier les phases diverses que peut traverser une maladie mentale, surtout dans certaines affections qui, comme l'épilepsie ou l'alcoolisme, n'exercent pas sur les facultés une perversion constante ni continue, ou qui, dans une période quelquefois très longue de leur début, laissent en apparence intactes la volonté et la liberté morale. Les procès pour faire annuler les testaments des épileptiques sont fréquents. Tardieu pense cependant qu'il y a très peu de cas où le médecin puisse déclarer, en conscience, qu'on doive prononcer l'annulation pour cause d'insanité, à moins qu'il ne s'agisse d'épileptiques véritablement aliénés; et encore, même dans les formes les mieux définies, chez les déments par exemple, on observe parfois des réveils inattendus de l'intelligence et de la volonté, réveils se traduisant par une netteté surprenante dans la rédaction d'un testament, dont on ne pourrait contester la parfaite validité.

Le médecin expert devra toujours étudier avec soin la forme et la teneur d'un testament; il trouvera souvent, dans le style et dans l'écriture même du testateur, des indications précieuses et parfois caractéristiques de son état mental. Les testaments *olographes*, c'est-à-dire écrit tout entiers par leur auteur, fournissent surtout des éléments importants à l'appréciation médico-légale. Les testaments dits *mystiques*, c'est-à-dire écrits par une personne tierce sous la dictée du testateur et qui, pour être valables, doivent être relus et signés par lui, exigent également l'intervention médico-légale. L'expert devra établir si, au moment de la confection de l'acte, le testateur remplissait les conditions exigées par l'article 978 de la loi civile, ainsi conçu : « Ceux qui ne savent ou ne peuvent lire ne peuvent faire de disposition

dans la forme du testament mystique, » et si son état d'esprit, l'état de sa vue, de sa parole et ses forces physiques, lui permettaient ou non de dicter son testament, de le relire et de le signer. Il faut, pour que le testament soit valable ou discutable, qu'il soit bien démontré que le malade a pu relire ce qu'il a dicté, ou que des circonstances accidentelles l'ont empêché de lire les dispositions qu'il contenait. L'appréciation de ces circonstances, résultant le plus souvent du fait de la maladie ou de l'état du malade à l'approche de la mort, est extrêmement délicate : il est en effet très difficile de répondre, d'une manière générale et absolue, à cette question de savoir jusqu'à quel point l'approche de la mort agit sur les facultés intellectuelles, et dans quelles mesures elle laisse à l'homme la liberté nécessaire pour procéder à des actes aussi graves qu'un mariage, un testament ou une donation. La persistance ou l'anéantissement de l'intelligence ou du sentiment, pendant l'agonie, varient suivant la nature de l'affection et les dispositions du moribond.

Legrand du Saulle pense qu'on peut ramener à trois cas distincts les différents genres de maladies qui mènent à la mort.

Le *premier genre* comprend les affections dans lesquelles le délire n'apparaît à peu près jamais, telles que la phthisie pulmonaire, les affections cardiaques et hépatiques, le cancer de l'estomac et de l'intestin, les hémorrhagies, les maladies des séreuses (pleurésie, péricardite, péritonite), le rhumatisme articulaire aigu (excepté le rhumatisme cérébral), enfin la très grande majorité des lésions chirurgicales. Le malade conserve sa raison jusqu'au dernier moment; il a en général la plénitude de sa connaissance, et ses actes sont parfaitement valables. Quelquefois même son intelligence, au lieu de s'affaiblir, acquiert une pénétration remarquable ; la prostration physique est remplacée par de l'exaltation intellectuelle.

Le *second genre* renferme les maladies qui n'intéressent que secondairement le cerveau, comme les maladies de longue durée, qui appauvrissent notablement le sang et modifient l'impressionnabilité du système nerveux. Il en résulte, pour les facultés mentales, une sorte d'état mixte,

où les moindres causes, le moindre malaise peut troubler l'exercice de la pensée ; le malade présente alors une telle mobilité d'esprit que les idées les plus contraires sont tour à tour adoptées, puis abandonnées.

Le *troisième genre* comprend enfin toutes les lésions de l'encéphale, telles que l'inflammation des méninges (méningite aiguë simple ou méningite cérébro-spinale), la congestion cérébrale, l'hémorrhagie cérébrale, le ramollissement, les tumeurs du cerveau, etc., maladies dont le phénomène caractéristique est le délire ou la perte de connaissance. Dans ces conditions, il y a en général obnubilation plus ou moins complète de l'intelligence, et le malade ne peut avoir conscience de ses actes.

Le médecin, appelé à se prononcer sur l'état mental du testateur, devra donc tenir grand compte de ces circonstances, et s'enquérir avec soin de l'âge du malade, de l'affection que l'a emporté et du moment précis de la confection du testament. Il devra chercher à établir, d'après l'évolution de la maladie, s'il y a eu conservation, compromission ou perte de l'intelligence.

Testaments des suicidés. — Le testament d'un homme qui s'est donné la mort est-il valable ? Suivant Tardieu, dans la grande majorité des cas, le doute n'est pas possible, et la doctrine qui attribue toujours le suicide à la folie est absolument fausse. Brière de Boismont a rassemblé treize cent vingt-huit lettres, notes ou écrits quelconques laissés par des suicidés ; sur ce nombre, il a trouvé quatre-vingt-cinq testaments qui, pour la plupart, étaient très nets, exprimaient des dispositions intelligentes et libres, et témoignaient d'une grande présence d'esprit. Dans ces cas, les testateurs avaient parfaitement conscience de leurs actes, et leurs dispositions mortuaires étaient absolument valables.

Dans les cas au contraire où le suicide est l'acte d'un esprit malade, et la conséquence d'une perversion plus ou moins profonde des facultés, le testament pourra être attaqué. C'est sur cet état mental qu'aura à se prononcer le médecin expert ; il devra, suivant Tardieu, procéder d'après les mêmes principes que s'il avait à établir la capacité ou l'in-

capacité de tout autre individu, et considérer surtout l'époque a laquelle les dispositions testamentaires ont été prises.

Son intervention peut être encore requise pour décider si, à propos d'une donation faite pendant un accès de délire fébrile, le malade avait conscience de ses actes.

Testaments faits pendant les intervalles lucides. — Ces testaments peuvent également donner lieu à des contestations et nécessiter l'action médico-légale. Il n'est pas douteux pour un médecin que, même après plusieurs accès de folie, il ne puisse survenir des trêves, des instants lucides, pendant lesquels les malades ne puissent avoir parfaitement conscience de leurs actes : dans ces conditions, leurs dispositions testamentaires sont absolument valables ; on pourra du reste juger jusqu'à un certain point de l'état d'esprit du testateur, par la teneur même de l'écrit laissé par lui, suivant qu'il contiendra des clauses raisonnables ou des bizarreries, des volontés plus ou moins étranges.

Suivant Legrand du Saulle, on devra bien distinguer entre l'*intervalle lucide* et la *rémission* qu'on observe particulièrement dans le cours de la paralysie générale. Ce sont là deux états très différents : pendant l'intervalle lucide, l'esprit du maniaque est d'une clarté parfaite ; il s'aperçoit des tentatives de captation, et sa volonté reste ferme, énergique ; pendant la rémission au contraire, l'intelligence du paralysé général a baissé de niveau : il se laisse aller, livre sa confiance à son entourage et signe tout ce qu'on veut.

Du témoignage des aliénés en justice. — Les aliénés peuvent-ils témoigner devant les tribunaux ? La loi est muette sur ce point ; il résulte cependant de certains arrêts que leur témoignage peut être admis, mais sous toutes réserves. On ne devra jamais oublier que, même au moment où l'aliéné parait raisonner le plus juste, il peut être sous le coup d'hallucinations ou d'idées délirantes quelconques. Suivant Legrand du Saulle, son témoignage ne devra jamais être suffisant pour faire condamner un prévenu. Il faut distinguer du reste entre les individus atteints d'aliénation mentale confirmée, qui sont nécessairement incapables de déposer en justice, et les faibles d'esprit, les dé-

ments peu avancés, qui peuvent être entendus, à titre de renseignements, sur des faits qu'ils ont observés.

Si la folie est incompatible avec l'office de témoin, à plus forte raison doit-elle mal se concilier avec les fonctions autrement graves de *juré*. C'est un motif formel de récusation pour l'aliéné non interdit, lorsque son insanité d'esprit est manifeste.

C. — De la responsabilité des aliénés au point de vue des actes délictueux ou criminels qu'ils ont pu commettre.

Législation. — Art. 64. *Code pénal.* — Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou qu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister.

De toutes les questions qui se présentent au médecin légiste, dit Casper, il n'en est pas qui soit plus difficile à résoudre que celle qui consiste à juger l'état mental d'un individu. Il s'agit en effet pour lui d'établir : 1° qu'il y a démence dans les termes énoncés par la loi ; — 2° qu'il s'agit bien d'une folie vraie et non d'une folie simulée ou invoquée, comme moyen banal de défense dont on a abusé et dont on abuse encore dans les plaidoiries criminelles ; — 3° que le prévenu a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister, c'est-à-dire par cette impulsion morbide que subit l'aliéné et qui, dominant sa volonté, est, dans l'immense majorité des cas, la raison du crime qu'il a commis (Tardieu) ; — 4° que cet état de démence et cette contrainte irrésistible existaient au moment de l'acte, c'est-à-dire que le prévenu était réellement aliéné au moment où il a commis le délit ou le crime : la difficulté vient ici de ce que l'expert n'est presque jamais appelé dans les premiers moments qui suivent l'acte, mais à une époque plus ou moins éloignée, alors que tous les signes de la folie peuvent avoir disparu, et que le médecin n'a plus, pour établir son diagnostic, que les commémoratifs ou des données indirectes ; — 5° quel degré de responsabilité incombe à l'aliéné dans l'acte délictueux ou criminel qu'il a commis ; c'est là un

point extrêmement délicat : on sait en effet que, dans certaines formes, dites monomanies, délire ou folie partielle, la folie ne porte souvent, en apparence, que sur un point limité, et parait laisser intactes les autres facultés, tandis qu'en réalité un examen sérieux permet de découvrir, dans ces cas, l'état de démence au temps de l'action et la contrainte d'une force irrésistible qui détruit absolument toute responsabilité. D'autres formes, au contraire, telles que la folie épileptique ou alcoolique, présentent des rémissions, des intervalles de lucidité plus ou moins prolongés, bien qu'elles engendrent parfois des impulsions irrésistibles, ayant pour conséquence des actes criminels absolument inconscients.

Quelle part de responsabilité revient-il à l'aliéné dans ces formes si diverses? Dans quelles limites doit-il tomber sous le coup de la loi ?

Cette grave question de la responsabilité a été l'objet de longues et intéressantes discussions tant dans les livres (Collard de Martigny, Georget, etc.) qu'à la Société de médecine légale et à la Société médico-psychologique (1). Les théories émises peuvent se ramener à trois : 1° *irresponsabilité absolue ;* — 2° *responsabilité partielle limitée ;* — 3° *responsabilité proportionnelle avec pénalité spéciale.*

A. **Irresponsabilité absolue.** — J. Falret, partisan convaincu de cette doctrine, la défend en ces termes : « On ne s'imagine pas assez les difficultés insurmontables que l'on rencontrerait dans la pratique, si on laissait échapper ce principe fondamental, pour lui substituer celui de la responsabilité partielle : un inculpé est fou ou ne l'est pas. Si, en l'observant attentivement, on arrive à se convaincre qu'il présente les caractères de l'état de raison, quel qu'ait été d'ailleurs chez lui l'entraînement de la passion ou des circonstances, on doit admettre qu'il était libre, qu'il aurait

(1) Voir *Annales médico-psychologiques*, 4e série, t. II, III et IV, 1863-1864, *Responsabilité des épileptiques*, *Société de médecine légale*, séance du 14 juin 1875, discussion sur la *liberté morale* et sur la *responsabilité des aliénés*, dans laquelle ont été entendus Brierre de Boismont, J. Falret, Legrand du Saulle, Morel, Dally, Jacob, Maury, Michéa et Cerise.

pu résister, par conséquent qu'il est coupable et condamnable pour l'acte auquel il s'est livré. Tout ce qu'on peut demander pour lui, c'est le bénéfice des circonstances atténuantes. Dans le cas opposé au contraire, si le médecin expert arrive à constater l'état de folie du sujet confié à son examen, quels que soient la forme ou le degré de cette folie, quelque apparence de liberté morale que cet individu ait conservé, il doit être considéré comme irresponsable : on l'absoudra comme malade. »

B. **Responsabilité partielle ou limitée.** — Tardieu trouve la théorie de Falret séduisante par sa simplicité, mais elle ne lui paraît pas applicable en pratique; la question est beaucoup plus complexe, et, dans bien des cas, il est impossible d'y répondre par oui ou par non. Il faut en effet tenir compte du degré et de la forme de la folie; il est évident, par exemple, que certaines formes et certains degrés des maladies mentales (imbécillité, faiblesse d'esprit, folie lucide, début de l'épilepsie ou de la paralysie générale) ne détruisent, ni dès le début, ni d'une manière constante, la liberté morale et la responsabilité ; les malades ont encore conscience de certains actes, et en sont responsables dans une certaine limite, mais avec le bénéfice de circonstances atténuantes, vu leur état mental. Cette responsabilité relative lui paraît plus conforme aux intérêts des accusés et à la dignité du médecin. Cependant, tout en la proclamant, il ne demande pas que cette responsabilité soit graduée de telle sorte qu'à chaque degré corresponde une pénalité en quelque sorte proportionnelle, parce que, comme le fait remarquer avec raison Dally, un tel système est précisément celui que la loi applique à tous les hommes, et n'établit aucune différence entre celui qui est sain et celui qui ne l'est pas. Casper admet également des degrés dans la responsabilité, parce que les limites entre la santé et la maladie mentale ne peuvent être mathématiquement posées.

C. **Responsabilité proportionnelle avec pénalité spéciale.** — Legrand du Saulle repousse à la fois ces deux théories, et pense qu'il existe, entre la responsabilité et l'irresponsabilité, une sorte d'état mixte qu'il désigne sous le

nom de responsabilité *proportionnelle, sous la réserve d'une pénalité spéciale.*

On ne devrait jamais perdre de vue, dit-il, qu'un aliéné, même dans ses moments lucides, est encore un malade; aussi, pour lui, en aucun cas un aliéné partiel ne devrait être jugé, condamné et envoyé en prison. Il n'admet même pas le bénéfice des circonstances atténuantes, parce que, « si l'abaissement pénal diminue la criminalité, il laisse subsister l'infamie, et la famille de l'inculpé est destinée dans ce cas à porter les stigmates indélébiles de la flétrissure judiciaire. Or l'aliénation mentale, même partielle, doit toujours rester une maladie. En face de la démence, la poursuite s'arrête : il n'y a point de faute à expier, mais une infortune à constater. » Dans sa pétition adressée à ce sujet au Sénat (22 février 1863), il insiste avec raison sur la situation de ces demi-malades jetés en prison parmi des malfaiteurs, et qui souffrent ou se pervertissent; heureux si, dans ce triste milieu, ils ne voient pas s'évanouir les lueurs dernières de leur intelligence !

Il y a là une lacune dans la loi du 30 juin 1838, et Legrand du Saulle demande qu'un article additionnel ordonne la création d'un établissement central, uniquement consacré aux individus atteints ou soupçonnés de quelque trouble psychique, et frappés de condamnation, ou tout au moins l'ouverture, dans les principaux asiles publics d'aliénés, d'un quartier spécial. Il serait à désirer, ajoutait la pétition, que les malades réputés *partiellement responsables* de leurs actions fussent à l'avenir directement conduits, après information judiciaire et enquête médicale, mais sans jugement ni arrêts afflictifs ou infamants préalables, dans une maison destinée à servir de refuge à l'état mixte de l'intelligence. L'autorité, en fixant le temps de la séquestration, pourrait prendre pour base la durée de la peine encourue.

Legrand du Saulle fait remarquer qu'on ne doit pas confondre, comme on le faisait autrefois, séquestration avec *incarcération.* On ne séquestre pas un aliéné pour le punir, mais pour le traiter ; c'est souvent une mesure qui lui est aussi favorable qu'à sa famille et à la société. On a constaté du reste scientifiquement que l'isolement est un grand

moyen de traitement, surtout lorsqu'il est appliqué au début d'une affection mentale. Le point délicat est de savoir à quel moment s'impose la nécessité de l'internement ; il est difficile de répondre à cette question d'une manière absolue : ainsi des malades, restés inoffensifs pendant des années, peuvent devenir tout à coup ou rapidement dangereux ; souvent même, les plus à craindre sont ceux que l'on redoute le moins et que l'on croit à peine malades. On admet en général, au point de vue clinique, comme signes révélant la nécessité urgente de la séquestration : l'excitation maniaque, les illusions pathologiques, les hallucinations, le délire restreint, la perversion des facultés affectives, les impulsions instinctives, etc.

Ajoutons enfin que l'acte délictueux ou criminel peut avoir été commis par un fou dans un *intervalle lucide*, c'est-à-dire dans une période suspensive de la folie périodique ; dans ce cas, quelle part de responsabilité revient à l'auteur de l'acte incriminé? Le crime doit-il être mis sur le compte de l'affection mentale? et l'inculpé doit-il être déclaré irresponsable, ou bien doit-on le considérer comme en possession de son libre arbitre, et le frapper en conséquence?

Suivant Legrand du Saulle, le médecin légiste, consulté sur ces questions délicates, doit être circonspect, et ne pas faire entendre en général aux magistrats des paroles en contradiction trop flagrante avec les idées reçues. Il devra d'abord prévoir les objections qui peuvent lui être faites, examiner si le fait a été commis à une époque rapprochée ou lointaine du délire, rechercher les conceptions délirantes du premier accès, les analyser et voir si elles se rapprochent en quelque chose de l'action imputée.

Le même auteur pense qu'on peut ramener à trois types différents les actes criminels commis pendant des intervalles lucides, ou des phases suspensives de la folie périodique. Il indique en même temps la conduite que doit suivre le médecin légiste :

1° Le fait s'est accompli au milieu de circonstances qui ne permettent pas de douter de la plénitude relative des facultés. — Exposer alors l'influence possible des accès anté-

rieurs de folie sur la détermination du malade, et conclure à l'atténuation de la culpabilité.

2° Le crime a eu pour auteur un individu qui, tout en conservant les apparences d'une activité intelligente, fléchit néanmoins sous l'oppression mentale. — Etablir la lésion de l'entendement, et appuyer cette opinion d'exemples et de preuves résultant des interrogatoires et de l'allure particulière du prévenu. Conclure enfin à l'irresponsabilité devant la loi.

3° L'acte consommé résulte d'une volonté libre; mais il y a eu presque immédiatement explosion d'un délire ou d'attaques nerveuses, pouvant ressembler de près ou de loin à la folie ou à l'épilepsie. — Rechercher avec soin si la simulation ne joue pas le principal rôle, et si les phénomènes morbides accusés ne trahissent pas un souvenir trop fidèle des accidents antérieurs. Demander, en cas de doute, la translation provisoire dans une maison spéciale, observer et faire surveiller attentivement; puis, lorsque la conviction reposera sur des données certaines, remettre à l'autorité judiciaire un rapport dont les conclusions devront nécessairement rentrer dans les deux cas précédents.

Séquestration des aliénés dangereux. — La question d'établissements spéciaux pour les aliénés criminels, quels qu'ils soient, soulevée par Legrand du Saulle, rentre dans une autre, non moins importante, celle de la séquestration des aliénés dangereux. La loi de 1838 est absolument insuffisante, de l'avis de tous les aliénistes, pour protéger la société contre les tentatives des fous criminels. En effet, dans l'état actuel de la législation, quand un accusé, traduit devant la justice, est reconnu en état de démence, soit pendant l'instruction, soit après sa comparution aux assises, il est renvoyé purement et simplement de l'accusation portée contre lui. La loi est muette sur la conduite à tenir ultérieurement à son égard : il peut être placé d'office, par l'autorité administrative, dans un asile public, ou être rendu à sa famille, qui n'est nullement forcée de le faire admettre dans un établissement spécial. Il en résulte que l'aliéné reste dans le droit commun, que sa séquestration peut être nulle ou de très courte durée, et que les aliénés les plus

dangereux peuvent être remis et laissés en liberté; il y a là un danger permanent pour la société. Il est évidemment nécessaire de prendre des mesures qui concilient les égards qu'on doit avoir pour ces malheureux avec la sécurité publique si manifestement menacée par les fous. Suivant Legrand du Saulle, le nombre des aliénés reconnus dangereux s'élève environ à 1200 pour Paris seulement.

Cette situation des aliénés dangereux vis-à-vis de la société a vivement préoccupé les Sociétés savantes dans ces dernières années, et les jurisconsultes sont, sur ce point, d'accord avec les médecins aliénistes.

Ainsi, en 1872, la Société de législation comparée constatait l'insuffisance de la loi de 1838, et M. Ernest Bertrand, avocat à la Cour d'appel, concluait ainsi : « Tout individu coupable d'un crime ou d'un délit, dont le renvoi aurait été demandé ou ordonné pour aliénation mentale, soit par jugement, soit par ordonnance de non-lieu, devrait, par cela même, être réputé un aliéné dangereux, et nécessairement séquestré dans un établissement public ou dans un établissement spécial, suivant le cas, au moins pendant un certain temps d'observation, sur l'ordre soit du tribunal ou du juge, soit du parquet, soit d'une autorité publique, et la séquestration ne devrait cesser qu'avec le concours de l'autorité qui l'aurait ordonnée. » Tardieu ajoute : et après l'avis préalable d'un ou de plusieurs médecins.

Dans sa séance du 25 septembre 1875, le Congrès des sciences médicales de Bruxelles émettait l'avis qu'il serait désirable de voir figurer dans le Code de toutes les nations la décision suivante : « Toutes les fois qu'un acte criminel ou délictueux aura été commis par un individu reconnu irresponsable pour cause d'aliénation mentale, le juge, après avoir constaté et déclaré sa non-culpabilité, devra ordonner son internement dans un asile déterminé, d'où il ne pourra sortir qu'en vertu d'un jugement, contradictoire comme le premier. »

La séquestration faite dans ces conditions, remarque Gallard, ne serait pas une peine, mais seulement une simple mesure prise dans l'intérêt public, et aurait cependant l'efficacité d'une peine, car elle suffirait pour retenir cer-

tains individus qui pourraient, comme on l'a vu parfois, songer à abriter, derrière l'impunité résultant d'un désordre mental bien connu, des actes commis en parfaite liberté d'esprit.

Des établissements de ce genre existent en Angleterre, en Écosse, en Irlande, en Belgique et en Australie (Lunier). En Angleterre, les aliénés dangereux sont enfermés dans des asiles spéciaux (*criminal lunatic asylum*), et en même temps on laisse une certaine latitude, soit au pouvoir judiciaire qui prononce l'acquittement, soit à l'administration de l'établissement où il convient de les renvoyer, suivant la nature des faits incriminés. L'aliéné reconnu dangereux est conduit à l'asile, où ses parents et ses amis peuvent le réclamer, mais après avoir pris l'engagement, sous caution et devant les magistrats, de veiller à ce que sa conduite soit paisible ou de le tenir en lieu de sûreté. Quand l'acquittement a été prononcé pour cause de démence, la cour a le droit d'ordonner que l'aliéné déclaré non coupable sera détenu, jusqu'à ce qu'il en ait été autrement ordonné ; et la translation de la prison à l'asile ne peut avoir lieu qu'après une enquête spéciale confiée à deux médecins au moins (1).

Gallard pense que, tout en désirant la création de ces asiles spéciaux que possède l'Angleterre, on peut s'en passer, au moins pour le moment. Ce serait une cause de dépenses et d'ajournement de mesures qu'il serait utile de voir appliquer sans retard. La surveillance doit être, suivant lui, assez bien organisée dans les asiles et les maisons de santé ordinaires, pour qu'un fou puisse y séjourner, même après avoir commis un acte violent, réputé criminel ou délictueux ; il ne croit pas qu'il y ait urgence de créer pour lui une catégorie distincte d'établissements spéciaux.

Dans un remarquable projet lu à la Société de médecine légale (séance du 11 octobre 1875), il proposait comme remède en attendant : 1° l'assimilation de l'aliéné incons-

(1) Ernest Bertrand, *Lois sur les aliénés en Angleterre, en France et dans les autres pays. Résumé des critiques que souleva en France la législation sur les aliénés*. Paris, 1870.

cient à l'enfant mineur, avec l'interdiction et l'application des mesures légales qui se rapportent à ce dernier ; — 2° la modification de l'article 340 du *Code pénal*, par une disposition additionnelle en vertu de laquelle, toutes les fois qu'il s'élèverait un doute relativement à l'état mental de l'accusé, le jury aurait à décider si l'accusé est ou non en état de démence ; — 3° la nécessité de transférer au corps judiciaire, en ce qui concerne les aliénés auteurs de faits qualifiés crimes ou délits, les pouvoirs actuellement confiés à l'administration.

Cette proposition, qui avait pour résultat immédiat de modifier profondément la pratique judiciaire et administrative au point de vue des aliénés, rencontra une vive opposition au sein de la Société de médecine légale. Après une longue discussion, à laquelle prirent part MM. Hémard, Manuel, Mouton, Dherbelot, Demange, Lunier, Choppin d'Arnouville, Trélat, Chaudé, Champouillon, Mottet, Blanche et Legrand du Saulle, la Société, dans sa séance du 12 juin 1876, après avoir repoussé les deux premiers paragraphes du projet de Gallard, accepta en principe la substitution de l'autorité judiciaire à l'autorité administrative dans le vote suivant :

1° L'autorité judiciaire, en disant non-lieu à suivre sur une information, ou en prononçant le renvoi d'un prévenu par application de l'article 64 de Code pénal, c'est-à-dire en proclamant l'irresponsabilité de l'agent pour démence, au moment de l'action, peut ordonner l'internement de cet inculpé dans une maison d'aliénés.

2° L'interné ne peut être mis en liberté que par un arrêt de la Chambre des mises en accusation.

Séquestration des prisonniers aliénés. — A cette question de l'internement des aliénés se rattache celle des prisonniers aliénés, c'est-à-dire devenus fous en prison.

Suivant M. Mendel, le nombre des individus de cette catégorie est considérable : ils encombrent les prisons, et la plupart étaient déjà fous avant leur emprisonnement, au moment de la détention et à l'époque même de l'acte incriminé. Il évalue à 5 pour 100 le nombre des aliénés dans les prisons, et, sur ces 5 pour 100, les trois quarts étaient déjà

malades lors de leur jugement et n'auraient pas dû être condamnés.

En Allemagne, le congrès des employés pénitentiaires, tenu en septembre 1874, a émis l'avis qu'il était nécessaire et praticable de créer, dans tous les grands pénitenciers, des établissements pour les criminels aliénés, établissements dans lesquels ils pourraient être traités comme des aliénés et peut-être guéris. En 1875, la réunion des médecins aliénistes à Munich prenait une résolution semblable.

M. Mendel repousse l'idée d'établissements spéciaux réclamés par la plupart des aliénistes ; il pense que les asiles ordinaires sont suffisants, à la condition de les agrandir un peu et d'ajouter à l'infirmerie des grands pénitenciers une petite division pour aliénés. Le traitement de ces aliénés serait dirigé par le médecin de la prison ; seulement, suivant lui : 1° Les médecins des prisons doivent avoir une connaissance suffisante des maladies mentales ; à cet effet, ils doivent avoir été attachés, au moins pendant un an, à un asile d'aliénés. Cette condition est indispensable. — 2° Les prisonniers, atteints d'aliénation mentale aiguë, doivent être traités dans une division spéciale de l'infirmerie de la prison jusqu'à leur guérison. Celle-ci obtenue, ils rentrent en prison. S'ils sont incurables, on leur applique le paragraphe suivant. — 3° Le directeur de la prison ou l'autorité compétente devra requérir auprès du tribunal une expertise médicale, chaque fois que le médecin de la prison aura déclaré un prisonnier aliéné incurable, et, sans exception, lorsque l'aliénation mentale aura clairement duré depuis un an déjà. Si la commission déclare le prisonnier juridiquement dément, il est à transférer immédiatement dans un asile (*Vierteljahrs. schr. f. ger. Med. u. off. San.*, nouv. série, t. 25, p. 1).

Une dernière question se pose relativement à la séquestration des aliénés dangereux : l'aliéné qui a commis un crime doit-il, après guérison, être remis en liberté? Aubanel, de Marseille, a soutenu cette opinion qu'un aliéné homicide ne guérissait pas, mais que, vînt-il à guérir, il était indispensable, dans l'intérêt de la société, de le séquestrer *à jamais* dans un établissement d'aliénés. Cette opinion

a été adoptée par un grand nombre d'aliénistes, tant français qu'étrangers. Legrand du Saulle ne peut la partager, parce que rien ne prouve qu'il y aura récidive, et que la guérison ne se maintiendra pas au dehors ; la loi dit positivement que tout aliéné dont la guérison est constatée doit être rendu à la liberté ; le médecin n'a pas le droit de se placer au-dessus de la loi : qu'on prenne des garanties très sérieuses, qu'on impose à l'aliéné criminel une convalescence d'une durée illimitée, de façon à prévoir tout retour offensif ; mais, si tout démontre qu'il y a guérison certaine, qu'on lui rende la liberté. Telle est, selon lui, la seule conduite juste et rationnelle.

Responsabilité civile des aliénés. — Nous venons de voir que, au point de vue criminel, l'aliéné n'est pas responsable de ses actes ; en est-il de même au point de vue civil, et le fou doit-il réparer le dommage qu'il a pu causer ? La jurisprudence ne paraît pas bien fixée sur ce point. Suivant les uns (Pothier, Touillier, Proudhon, Marcadé, Sourdat), on n'est responsable, même au point de vue civil, que du fait arrivé *par sa faute*, sa négligence ou son imprudence ; il faut donc être susceptible de discernement ; dans ces conditions, les fous, les furieux et les insensés ne sont pas responsables.

Suivant d'autres, au contraire (Merlin, Carnot, Legraverand), si l'insensé ne peut être frappé d'aucune peine, ses biens répondent du dommage qu'il a causé. Les arrêts rendus par différentes cours se ressentent naturellement de cette incertitude et jugent pour ou contre suivant les circonstances. Ainsi, pendant que les tribunaux de Bruxelles (3 juillet 1830), du Havre (31 octobre 1853) et de la Seine (27 mai 1872) se prononcent dans le sens strict de la loi, le tribunal de Narbonne (27 juin 1865) et la cour de Montpellier (31 mai 1866) accueillent favorablement une demande en dommages-intérêts formée contre un aliéné, « attendu que, dans l'application des principes de la responsabilité civile, la loi ne tient compte ni de la volonté, ni de l'intention ; que si l'inexpérience d'un insensé est excusable, au point de vue de la répression pénale, quand elle amène un fait dommageable à autrui, elle n'oblige pas moins son

auteur a le réparer ou par lui-même, ou par ceux qui doivent veiller sur lui. »

Suivant Tardieu, l'aliéné, dans ces circonstances, peut être assimilé à l'enfant ou au mineur, et, si la responsabilité ne peut retomber sur le malade lui-même, elle doit incomber à ceux qui ont mission de le surveiller, absolument comme les parents sont responsables des dommages causés par leurs enfants. La jurisprudence tend du reste actuellement à se prononcer en ce sens ; il y a là surtout une question de fait et d'appréciation. Briand et Chaudé citent à l'appui un certain nombre d'arrêts admettant la responsabilité des personnes chargées de surveiller l'aliéné.

II. — Diagnostic médico-légal de la folie. — Règles a suivre pour procéder a l'examen des fous et constater leur état mental.

Rôle du médecin aliéniste devant les tribunaux. — Avant d'aborder la question du diagnostic médico-légal de la olie, disons quelques mots du rôle du médecin appelé devant les tribunaux, pour donner son avis sur un cas présumé d'aliénation mentale.

Son intervention peut être réclamée, soit par le président du tribunal, soit par les parties intéressées à prouver ou à repousser la présomption de folie. Dans le premier cas, en vertu d'une délégation judiciaire, le médecin prend le titre d'*expert* assermenté et fait un *rapport ;* dans le second, il n'est qu'un simple *mandataire* et donne une *consultation* ou un *certificat.*

Dans ces diverses circonstances, dit Legrand du Saulle, le médecin doit bien se pénétrer de cette idée qu'il ne peut et ne doit être, dans aucun cas, considéré comme témoin ; qu'il n'est ni juge ni avocat, et n'a, par suite, à servir ni l'accusation ni la défense ; il ne se prononcera donc ni pour ni contre l'accusé, mais n'écoutera que les inspirations de sa raison, de son savoir et de sa conscience ; il se contentera de constater un fait scientifique et d'en faire la démonstration, sans discuter avec la défense. Il doit, autant que pos-

sible, être clair et concis, ne rien avancer sans avoir des preuves à l'appui, ni entamer aucune discussion doctrinale, faire de la clinique et toujours éviter la théorie.

Le *rapport* médico-légal, dont les questions posées par le tribunal forment la base et pour ainsi dire le squelette, est la pièce la plus importante, et ne saurait être rédigé avec trop de soin ; il doit être une étude complète, claire et précise de tout ce qui se rattache aux questions pendantes, et qui nécessitent des conclusions motivées, au point de vue de sa confection matérielle. Ce rapport doit comprendre en général quatre parties principales : le préambule, l'historique ou l'exposition des faits, la discussion ou le raisonnement et les conclusions.

Le médecin doit pouvoir se procurer tous les documents nécessaires pour l'examen du cas qui lui est soumis, et la justice doit lui laisser le temps moral suffisant pour conduire à bonne fin son observation médicale.

La *consultation* a beaucoup moins de valeur que le rapport, parce que quelquefois le temps ou les renseignements manquent au médecin; parfois même, il n'a pu faire un examen direct du malade, à moins que la consultation n'émane d'une haute personnalité médicale, dont la compétence ne saurait être mise en doute.

Quant aux *certificats*, ils doivent indiquer surtout le diagnostic, relater les différentes particularités du délire, et indiquer le pronostic. Ils ont encore moins d'importance que les consultations.

Ajoutons enfin que, pour les *dépositions orales*, le médecin doit se renfermer, autant que possible, dans l'esprit, sinon dans les termes du rapport; il sera bref, concis et évitera d'employer des termes trop scientifiques, qui ne seraient pas bien compris des jurés ou des juges, et n'affirmera que les faits scientifiques dont il est certain.

Il arrive quelquefois que le président, sortant de son droit, demande à l'expert s'il croit l'accusé coupable; le médecin doit se tenir sur ses gardes, et répondre qu'il n'a pas à se prononcer sur cette question; c'est l'affaire du jury.

Casper recommande avant tout au médecin légiste de ne

pas donner son avis *stans pede in uno*, même si le tribunal le lui demande, comme cela arrive quelquefois en matière criminelle. Dans les cas où il est convoqué, il peut, s'il le veut, assister aux débats ; mais il doit bien se garder de dire son opinion séance tenante : une maladie mentale en effet ne peut être reconnue par ce qui se déroule en audience publique. « Sans parler, dit-il, des simulations, qui, quand elles sont bien conduites, sont impossibles à reconnaître en quelques heures, il y a aussi des cas où l'accusé aliéné ne présente aucune trace de maladie mentale pendant tous les débats, soit parce qu'il a une idée fixe à laquelle on ne fait pas allusion, soit qu'il se maîtrise et n'est raisonnable qu'en apparence, ou bien enfin, soit que l'aliénation mentale ne soit qu'intermittente et ne se présente pas juste le jour en question. » Il y a aussi, ajoute-t-il, toute une classe d'aliénés qui ne lâchent la bride à leurs conceptions délirantes que lorsqu'ils se croient seuls et non observés, mais qui savent, quand ils sont en société, conserver une attitude ordinaire; une demi-heure passée chez eux en apprend plus qu'une audience d'une journée entière.

Examen du malade. — Le mode d'examen du malade est pour ainsi dire indifférent en lui-même; le principal, en effet, est de découvrir l'existence de la maladie mentale, et tous les moyens d'investigation sont bons pour y arriver.

C'est au moins l'avis de Tardieu, qui conseille à chaque médecin d'employer le procédé d'examen qui lui paraîtra le meilleur, celui qui convient le mieux à ses habitudes, à sa nature et à sa tournure d'esprit.

Casper recommande cependant de ne pas demander à un homme, soupçonné d'aliénation mentale, de ces choses qui embarrassent même les hommes les plus sains, comme des questions sur Dieu, sa nature, son essence, etc. Chaque cas exige un examen en rapport avec l'individu interrogé : ainsi on ne questionnera pas un savant aliéné de la même manière qu'un paysan; lorsqu'on aura affaire à un malade à accidents périodiques, on devra diriger les questions du côté de ses idées fixes. Le médecin légiste pourra aussi questionner avec fruit les parents et les amis du malade,

ou bien ses camarades de chambre, ses gardiens, s'il est en prison ou à l'hôpital.

Voici, suivant Tardieu, comment on devra procéder lorsqu'on aura à faire une expertise médico-légale. « Il faut, dit-il, examiner un fou comme on ferait d'un homme sensé, en l'interrogeant, en lui parlant en toute franchise, et en cherchant surtout à provoquer et à obtenir sa confiance. Il faut procéder librement, naturellement, longuement, de manière qu'il se sente à l'aise avec vous, et finisse par vous ouvrir le fond même de ses pensées. Il est très bon de laisser parler les fous, de ne pas être pressé, et surtout de ne pas multiplier les questions où celui qui interroge suit une ligne arrêtée qui détourne le fou de la sienne, double inconvénient au point de vue de la découverte des signes propres de la folie. En effet, il est bien rare que, au bout d'un certain temps et après quelques banalités qui ne peuvent rien montrer de déraisonnable, l'aliéné le moins incohérent en apparence arrive, soit qu'on l'y ait conduit doucement, soit de son propre mouvement, sur le terrain de sa folie, où apparaissent les conceptions délirantes, les divagations et tous les signes les plus évidents de la perversion des facultés. Il y a tout avantage à ne pas interrompre cette marche presque naturelle de l'examen d'un fou. A moins qu'il ne s'agisse d'un de ces cas dans lesquels l'aliénation éclate au premier coup d'œil, les visites de l'expert devront être longues et aussi répétées qu'il le jugera nécessaire pour arriver à une conviction assurée, à une complète certitude. Il sera bon aussi de soumettre, autant que cela sera possible, l'aliéné à une observation continue hors des visites qu'on lui fera, de manière à pouvoir apprécier les phases diverses et les transformations par lesquelles peut passer son état. » Enfin il ne faut pas oublier ce que dit Pinel : que les aliénés, à moins d'un entier bouleversement de la raison, cherchent à jouer ceux qui veulent les examiner de trop près; ils sont doués d'une dissimulation profonde ou d'une froide réserve, pour ne pas se laisser pénétrer.

DIAGNOSTIC DE LA FOLIE.

Le diagnostic de l'état mental de l'individu repose sur l'*enquête*, l'*interrogatoire* et l'*examen direct*.

A. **Enquête.** — Elle comprend tous les renseignements capables d'éclairer l'expert sur l'état mental de l'aliéné et la nature de son délire : ils sont fournis en partie par le dossier judiciaire, les certificats des médecins, les dires des parents, des amis, des voisins ; mais l'expert devra surtout examiner les *influences physiques* et *morales* qui ont pu concourir au développement de l'affection mentale, les *antécédents héréditaires*, la *marche* que la maladie a suivie, les *habitudes* et le *genre de vie* du malade, la *forme* et le *caractère de ses écrits*, enfin la *nature* et les *particularités* de *l'acte en lui-même*, la *manière d'agir* de l'accusé avant, pendant et après cet acte.

Causes physiques. — Les principales sont :

a. *Les antécédents héréditaires.* — C'est la première question que doit examiner l'expert ; si, après une enquête minutieuse, il arrive à trouver plusieurs aliénés dans la famille de celui qu'il est appelé à examiner, c'est un des meilleurs arguments qu'il puisse apporter en justice (Tardieu). L'influence de l'*hérédité* dans la folie est tellement incontestable (Esquirol, Baillarger) que certains aliénistes, Morel et Moreau de Tours, ont même créé un groupe nosologique à part, qu'ils ont désigné sous le nom de *folie héréditaire*, dont les caractères diffèrent essentiellement de la *folie acquise*.

Cette transmission héréditaire peut être, suivant Legrand du Saulle, *directe* ou *immédiate*, *atavique* ou *médiate*, *indirecte* ou *collatérale*.

1° *Hérédité directe* ou *immédiate.* — Les ascendants, le père ou la mère, transmettent à leurs descendants, l'affection dont ils sont atteints eux-mêmes, avec tout son appareil symptomatique. Le délire éclate chez ces derniers avec les mêmes caractères et avec les mêmes nuances, quelquefois au même âge que leurs parents, et sous l'influence de la même cause occasionnelle. Dans ces cas, l'hérédité est

dite *similaire*. Cette variété, ordinaire dans la folie-suicide, est *rare* dans les autres espèces d'aliénation ; le plus ordinairement, la maladie qui se transmet se transforme, et, règle générale, l'hérédité est essentiellement polymorphe ; c'est ainsi qu'un père épileptique peut engendrer des enfants excentriques, aliénés, idiots, etc. ; un aliéné peut engendrer des épileptiques, des extravagants, des faibles d'esprit, etc., etc. Cette transmission héréditaire n'est pas heureusement constante et inévitable ; elle varie suivant les éléments paternels et maternels : lorsqu'elle est à *facteurs convergents*, c'est-à-dire lorsque le père et la mère sont aliénés, l'évolution de l'aliénation mentale dans la descendance suit une marche progressive qui précipite rapidement les produits aux derniers degrés des dégénérescences physiques et intellectuelles ; — lorsqu'elle est au contraire à *facteurs divergents*, c'est-à-dire lorsqu'un seul des ascendants est aliéné, il résulte, de la combinaison des éléments maternel et paternel, des états extrêmement variables selon le degré et la dose de l'imprégnation morbide ; si bien qu'au lieu de progresser toujours davantage dans le sens des dégénérations, les enfants peuvent au contraire remonter vers l'intégrité physique et intellectuelle [1].

2° *Hérédité médiate ou atavique*. — Dans cette forme, les parents immédiats ne présentent pas d'affection analogue à celle des descendants ; mais, en remontant plus haut dans l'histoire de la famille, on trouve que ces affections ont existé chez les ancêtres directs ou collatéraux ; l'hérédité a sauté une ou plusieurs générations : elle est *atavique*. Si bizarre que puisse paraître ce phénomène, les faits sont trop nombreux pour qu'on puisse le mettre en doute (Vogt, Darwin, Gaudry, Quatrefages, etc.).

3° *Hérédité indirecte ou collatérale*. — On entend par là l'hérédité où l'on trouve, dans le physique ou le moral du produit, la représentation des collatéraux : ainsi un père bien portant a deux frères morts aliénés, dont les descendants ne présentent aucun signe d'aliénation, et les fils de

1. Legrand du Saulle, *De la folie héréditaire*. Leçons professées à l'École pratique. Paris, 1873.

cet homme sain de corps et d'esprit sont tous aliénés. Dans ces cas, l'hérédité parait très contestable ; mais avant de nier son influence, dit Legrand du Saulle, « il faudrait au moins avoir étudié avec soin la généalogie de la famille, et avoir bien constaté qu'il n'y a pas eu de cas d'aliénation ou d'affection pouvant engendrer l'aliénation dans les trois générations d'ascendants directs de l'aliéné que l'on suppose héréditaire. »

Le père et la mère jouent-ils dans le phénomène de transmissions héréditaires un *rôle égal*, ou l'un d'eux transmet-il plus sûrement que l'autre les maladies dont il est atteint ? Suivant Esquirol, les enfants sont *plus exposés* à hériter des affections de leur *mère* que de celles de leur père. Les recherches de Baillarger sont venues confirmer cette opinion ; il a constaté que l'influence maternelle prédominait dans le tiers des cas, et enfin que la folie du père est un peu plus dangereuse pour les garçons que celle de la mère ; tandis que celle de la mère est deux fois plus dangereuse pour les filles.

Ajoutons encore que toutes les formes de folie ne *sont pas également transmissibles* par l'hérédité : la *folie-suicide* est celle qui se transmet avec la plus constante similitude ; il n'est point d'affections de l'intelligence où l'hérédité ait plus de fidélité dans sa répétition (Ellis) : on voit en effet des familles entières disparaître et s'éteindre par le suicide de tous leurs membres (Gall, Falret, Moreau, etc.). Cette hérédité similaire est très rare dans les autres espèces d'aliénation (Legrand du Saulle) et particulièrement dans la folie paralytique : la raison en est facile à donner, suivant Tardieu, c'est que la paralysie générale, la méningo-encéphalite diffuse est une affection plus physique en quelque sorte que mentale ; elle procède de lésions matérielles définies, comme des maladies communes nées de la spontanéité organique et nullement héréditaire. L'influence héréditaire se fait au contraire presque toujours sentir à un degré quelconque chez les épileptiques, les maniaques, les lypémaniaques et les imbéciles.

Au point de vue pratique, on peut conclure avec Legrand du Saulle que la folie, l'épilepsie, l'idiotie et les troubles

moins graves de l'intelligence ou des sentiments sont à redouter chez les descendants, lorsqu'on a pu observer chez les ascendants : 1° des névropathes ; — 2° des gens bizarres, originaux, exaltés, violents, passionnés, instinctifs ; — 3° des hystériques, des épileptiques, etc. ; — 4° des suicidés ; — 5° des alcoolisés ; — 6° des aliénés véritables.

La folie *héréditaire* se reconnaît à trois ordres de signes : des signes *physiques*, des signes *intellectuels* et des signes *moraux* et *affectifs*.

1° *Caractères physiques*. — Suivant Morel, les principaux signes physiques de la transmission héréditaire sont les suivants : a. *Malformations du crâne*, qui peut être altéré dans son volume ou dans ses formes. Il peut y avoir arrêt de développement du crâne (*microcéphalie*), ou exagération de volume (*macrocéphalie*) ; ces deux modifications de volume coïncident avec les formes les plus graves des dégénérescences. On les observe uniquement chez les imbéciles ou les idiots ; ces *déformations* peuvent s'observer dans les formes moins graves de la folie ; les trois principaux types sont : le type *asymétrique*, dans lequel les deux moitiés latérales du crâne ne sont pas semblables ; le deuxième type caractérisé par l'*allongement du diamètre antéro-postérieur*, qui l'emporte visiblement sur les diamètres transversaux ; le troisième type, caractérisé par la *petitesse* de la tête, avec un *aplatissement* de la partie postérieure de la tête (Campagne). — b. *Anomalies de la face*, dont les différentes parties ne présentent pas entre elles les proportions normales. L'asymétrie faciale est une des anomalies les plus fréquentes chez les héréditaires ; il ne faudrait cependant pas en conclure que tous les gens à face asymétrique sont des fous héréditaires. On observe assez souvent des *tics grimaciers*, des *contractures choréiformes* partielles d'un des muscles ou d'un des groupes musculaires de la face et des paupières, quelquefois du *strabisme* ou du *nystagmus*. — c. *Irrégularités dans le développement des dents* : la première dentition est souvent retardée, la seconde ne survient également que très tard, et peut même manquer complètement (Baillarger), les dents sont irrégulières, serrées les unes contre les autres, les canines insérées sur un plan différent des autres, les incisives

parfois dirigées directement en avant. La surface antérieure des dents médianes est quelquefois couverte de rugosités ou criblée de trous. Enfin on a noté souvent la décadence rapide et précoce de toute la dentition. Ces malformations s'observent surtout dans les formes graves. — d. *Malformations* de la *luette*, de la *langue*, de la voûte *palatine*. La luette est quelquefois bifide, ou bien considérablement hypertrophiée, allongée et couverte d'une muqueuse épaissie renfermant des glandes volumineuses. La langue offre une hypertrophie considérable, portant surtout sur les papilles fungiformes. La voûte palatine peut être asymétrique, ou présenter un sillon profond masquant sa suture médiane antéro-postérieure, ou présenter une forme ogivale plus arquée qu'à l'état normal, ou bien au contraire une surface à peu près plane, comme chez les carnassiers. — e. *Modifications des organes des sens*. Le goût peut être plus ou moins émoussé et même totalement perdu. La surdité n'est pas rare chez les fous héréditaires. Le *pavillon* de l'*oreille* offre des signes caractéristiques : il peut être d'abord vicieusement implanté ; le plus souvent, il est incomplet, le lobule manque ou n'est pas isolé des parties voisines, les saillies et les dépressions normales du pavillon font défaut; l'oreille est dite déplissée et se présente sous la forme d'une lame unie, comme repassée, amincie sur ses bords et généralement plus grande que de coutume. — f. *Troubles du système nerveux*. Pour l'innervation *motrice*, ce sont des pieds-bots congénitaux, des balancements automatiques, la lourdeur, l'inexactitude de la marche et un certain degré d'ataxie des mouvements. Les troubles de l'innervation *sensitive* consistent dans l'existence de migraines, de névralgies, de gastralgie, quelquefois de phénomènes hyperesthésiques ou anesthésiques. — g. *Troubles fonctionnels des organes génitaux*. Dans les cas de dégénérescences graves, ces organes sont souvent à l'état rudimentaire; dans les formes moins graves, ils présentent un développement normal, mais les individus sont privés de l'instinct de la reproduction et sont incapables de se reproduire ; enfin d'autres fois les organes sont bien conformés, et les fonctions s'exécutent bien : mais les sujets sont stériles ou produisent des enfants qui meu-

rent en bas âge, presque toujours à la suite de convulsions.

2° *Caractères de l'ordre intellectuel.* — En général, l'intelligence est moins frappée dans la folie héréditaire que dans la folie acquise; souvent les individus jouissent de facultés élevées, et chez eux l'influence morbide ne se manifeste que par des bizarreries de caractère, des excentricités difficiles à expliquer sans les conditions d'hérédité.

Ils présentent cette particularité intéressante, que les causes occasionnelles les plus futiles compromettent leur intelligence, et qu'ils délirent avec une facilité étonnante, sous l'influence de la moindre émotion ou de la plus légère affection. Parmi les facultés intellectuelles, celle qui est le plus frappée, c'est le *jugement*. Les héréditaires ont essentiellement l'*esprit faux*; lorsqu'ils ont adopté une idée, si ridicule qu'elle soit, ils la soutiennent quand même et rien ne peut leur en démontrer la fausseté ou l'absurdité. L'*attention* est également très fugitive : ils ne peuvent la fixer sur un sujet sérieux, et sont absolument incapables de tout travail régulier et soutenu. Leurs lettres sont tout à fait caractéristiques, leur style est verbeux, diffus, formé de phrases sonores et retentissantes ; ils se perdent dans des digressions sans fin : ils en abusent surtout lorsqu'ils sont enfermés dans les maisons d'aliénés. Dans quelques cas, les troubles intellectuels sont plus marqués, les malades par exemple se figurent porter un nom qui n'est pas le leur, et ne pas être les individus que l'on croit, ou bien ils sont dominés par des idées hypochondriaques. Morel fait observer, à propos des persécutés héréditaires, que ces malades racontent volontiers, franchement ce qu'ils éprouvent, ce qu'ils redoutent; tandis que dans la folie acquise, les individus refusent au contraire de dire qui les poursuit et persécute.

3° *Caractères de l'ordre affectif et moral.* — Les facultés affectives sont profondément altérées chez les héréditaires; ils ont le cœur sec et froid, sont mauvais fils, mauvais époux, mauvais frères; le fond de leur caractère, dit Legrand du Saulle, se résume en deux mots, orgueil et égoïsme. « Il y a chez eux une ridicule exagération du moi, qui se traduit par l'attitude, la démarche, le jeu de la physionomie, le langage

et les gestes. Incapables d'aucun sentiment grand ou généreux, ils sont ingrats par-dessus tout et toute la morale se résume pour eux dans leurs intérêts actuels, la loyauté leur est inconnue; l'hypocrisie et le mensonge leur paraissent tout naturels, du moment qu'ils peuvent en tirer profit. Ils sont très souvent fanfarons du vice, froidement cyniques et dissipateurs par vanité. On observe en même temps une mobilité extrême dans leurs affections et leurs haines. Quelquefois il existe une exaltation maladive : des héréditaires entrent dans des accès de fureur, de colère d'une violence inouïe pour les contrariétés les plus légères; d'autres au contraire tombent dans un état de tristesse profonde, et se désespèrent à propos de rien. Dans certains cas enfin, il y a perversion de la sensibilité. Ces individus, qui pleurent amèrement la perte d'une bête, d'un chat ou d'un chien, voient mourir avec indifférence leurs parents ou leurs amis. »

Les héréditaires commettent des actes bizarres, extravagants, immoraux ou dangereux sans raison, sans motifs, comme s'ils étaient poussés par une nécessité de leur organisation. Chez eux, le phénomène prédominant, c'est le délire des actes. C'est surtout dans cette forme de folie que s'observent les *excentriques*, dont les bizarreries sont tellement variées qu'elles échappent à une description générale. Chez une autre variété d'héréditaires, au moins aussi fréquente que les excentriques, on observe une tendance instinctive au mal sous toutes ses formes : jeunes, ces individus sont d'une cruauté épouvantable, ils martyrisent les animaux ou brutalisent leurs camarades ; devenus hommes, ils forment la variété des fous héréditaires méchants et peuvent devenir dangereux. « Ils professent, dit Legrand du Saulle, des sentiments de misanthropie outrée : ils détestent et méprisent l'humanité entière. Ils font avec cynisme l'apologie du vice, déclarent hautement qu'ils ne croient pas à la vertu, et soutiennent avec ostentation les théories les plus immorales, les plus attentatoires à la dignité humaine et à l'ordre social. »

Suivant Moreau (de Tours), l'hérédité est l'origine la plus fréquente de la propension au crime.

Si nous avons insisté un peu longuement sur cette question de l'hérédité, c'est que l'expert doit connaître à fond les lois de l'évolution héréditaire et ses signes caractéristiques; elle constitue un élément trop important dans la production de la folie : Tardieu fait cependant remarquer qu'il ne faut pas en exagérer la valeur, et, surtout en médecine légale, ne pas s'y attacher d'une manière absolue, toutes les formes de la folie n'étant pas héréditaires, et ne l'étant pas toutes au même degré. C'est aussi l'opinion de Casper, qui recommande de bien s'assurer si la folie du père ne s'est pas montrée *après la naissance du fils*, et n'a pas été provoquée par des *causes tout à fait fortuites*, car l'hérédité n'a plus alors, à ses yeux, aucune influence. Sur ce dernier point, Legrand du Saulle admet volontiers que si la folie est accidentelle, si elle est acquise en effet de toutes pièces, l'enfant sera certainement indemne; mais il ajoute qu'il faut être très prudent dans les pronostics de ce genre. « Il faut se rappeler, dit-il, que si la folie est souvent acquise de toutes pièces, plus souvent encore la cause qui a paru la déterminer n'a été qu'une occasion propice au développement d'un germe morbide caché. Cette même cause occasionnelle, agissant sur un sujet parfaitement sain, n'eût amené aucun trouble de l'intelligence; mais, agissant sur un sujet prédisposé à la folie, trouvant le terrain merveilleusement préparé à la recevoir, elle s'est développée avec une intensité en rapport direct avec le degré de la prédisposition. »

b. *Age.* — La folie a plus de tendance à se développer vers l'âge moyen de la vie ou au-dessus. On sait que la démence est fréquente chez les vieillards; on observe aussi l'aliénation mentale, mais très exceptionnellement, chez les enfants (Brierre de Boismont) [1].

c. *Sexe.* — Il ne paraît pas démontré que la folie soit plus fréquente chez la femme que chez l'homme (Tardieu).

d. *Tempérament.* — L'influence des tempéraments n'a rien de constant; on peut cependant, d'une manière générale, regarder comme causes prédisposantes fort actives :

1. Brierre de Boismont, *Recherches sur l'aliénation mentale des enfants (Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 2e série, t. X, p. 363).

l'excès du tempérament bilieux ou mélancolique, l'irritabilité nerveuse, la faiblesse d'esprit ou l'originalité.

e. *Saisons.* — Il parait démontré que les saisons les plus chaudes, à température excessive, ont une action certaine sur l'explosion de la plupart des formes de la folie (Tardieu).

f. *Certaines conditions organiques* (*puberté, ménopause, âge critique, grossesse, état puerpéral*). — Suivant Casper, on a beaucoup exagéré l'influence de la *puberté;* sans doute, la transformation physique et psychologique qui accompagne le développement des organes génitaux peut, dans certains cas, produire une lésion des fonctions cérébrales; mais ces exceptions sont très rares, et l'on a abusé de cette circonstance étiologique pour excuser de jeunes criminels absolument coupables.

La *grossesse* imprime certainement de profondes modifications dans l'état mental de la femme; mais, lorsque celle-ci commet un crime ou un délit, il faudra y regarder de très près, et se méfier surtout de ce qu'on appelle des envies de femmes grosses.

La même circonspection est nécessaire pour juger les crimes commis au moment de l'*accouchement* et pendant la *période puerpérale.* Nous étudierons plus spécialement cette question au chapitre de l'*Infanticide*; disons cependant dès maintenant, que les grandes secousses, produites par l'accouchement, peuvent déterminer les dérangements cérébraux les plus divers, depuis un simple trouble de l'intelligence jusqu'à l'abolition complète de la raison, et même jusqu'à la fureur la plus violente. Suivant Casper, cette question de folie provoquée par l'accouchement se présente très rarement, à peine une fois sur mille accouchements; « or la règle, dit-il, doit toujours être supposée, l'exception doit être prouvée, ce qui n'est possible que par un examen approfondi du cas particulier. Après cet examen, on pourra ranger l'aliénation, soit dans la démence si le crime a été actif, soit dans l'imbécillité si le crime a été passif. »

g. *Certains états pathologiques*, tels que des *blessures à la tête*, l'*insolation*, la *congestion cérébrale*, l'*inflammation* des *enveloppes du cerveau* (méningite), ou de la *substance céré-*

brale (encéphalite, ramollissement), les *hémorrhagies cérébrales*, la *convalescence* des maladies graves, notamment de la fièvre typhoïde ou du typhus, la *diathèse syphilitique*, peuvent contribuer au développement de la folie.

h. Il en est de même de certaines substances vénéneuses, telles que l'*opium*, le *haschich*, la *belladone*, l'*alcool*, qui, à la longue, provoquent des troubles plus ou moins graves de l'intelligence.

i. Les *excès vénériens* (abus du coït ou masturbation) peuvent aussi être rangés parmi les causes des maladies mentales.

Causes morales ou psychologiques. — Elles sont encore plus souvent que les causes physiques, organiques ou pathologiques, le point de départ du trouble des fonctions mentales; c'est donc de ce côté que le médecin légiste a le plus souvent occasion de diriger ses recherches, et c'est malheureusement là qu'elles sont le plus difficiles. Les principales causes sont :

a. Les *passions* qui, poussées à leur paroxysme, peuvent avoir pour conséquence ou le crime ou la folie : l'amour, la nostalgie, l'avarice, la passion du jeu, la vanité, suivant Casper, entrainent à la démence et rarement au crime; tandis que la colère et la jalousie poussent aussi souvent au crime qu'à la folie.

b. Un *exercice trop continu* des facultés intellectuelles aux dépens des fonctions corporelles (digestions, sommeil, etc.) peut produire une surexcitation cérébrale d'autant plus violente que l'objet de cet exercice est mystique, surnaturel ou concerne des problèmes insolubles. C'est ainsi que des gens sont devenus fous en cherchant le mouvement perpétuel ou la quadrature du cercle; — d'autres à s'occuper des tables tournantes ou des esprits frappeurs; — d'autres enfin perdent la raison par la pratique de sentiments religieux exagérés.

c. L'*imitation*, de même que la manie religieuse, peut provoquer, dans certaines conditions de temps et de lieux, une sorte de folie épidémique qui souvent tourne la tête à des populations entières (Casper, Tardieu).

d. Les *ébranlements moraux*, les *chagrins*, la *douleur*, le *dé-*

sespoir qui résultent de la perte des biens les plus chers, les déceptions politiques ou autres, peuvent provoquer subitement ou momentanément un désordre de l'intelligence qui diminue ou abolit la liberté morale.

Marche de l'affection mentale. — L'expert doit s'enquérir aussi avec le plus grand soin de la *marche* qu'a suivie l'affection mentale, de sa *durée*, des *intermittences* qu'elle a pu présenter; étudier la périodicité, l'enchainement, les phases diverses et les caractères des attaques antérieures, les alternatives d'excitation, de dépression et de rémission plus ou moins franches, qui se présentent dans certaines formes de la folie, comme la folie circulaire (Falret) ou folie à double forme (Baillarger).

Habitudes, genre de vie, occupations de l'aliéné. — Le médecin pourra trouver là des renseignements précieux sur l'état mental de l'individu. « Tel aliéné, dit Tardieu, se livrera à des travaux qui n'ont ni sens ni portée, à des constructions imaginaires, à des inventions absurdes, à des calculs dépourvus d'objet, à des problèmes insolubles, à des compositions insensées; — tel autre passera son temps à rassembler et à collectionner précieusement des objets sans valeur, quelquefois même des débris informes, des immondices, comme cette dame du grand monde, citée par Trélat, qui avait passé dix ans de sa vie à emmagasiner, classer, étiqueter et cataloguer dans ses armoires toutes sortes de déjections et de détritus corporels. » — Rien ne montre mieux encore la folie que l'aspect des lieux qu'habitent les aliénés restés libres : chez les uns, on trouvera des portes clouées, des fenêtres barrées, des serrures bourrées de papier, des cheminées hermétiquement bouchées; — chez les autres, des objets dispersés ou brisés, des meubles bouleversés, étrangement arrangés, tournés à l'envers ou posés sens dessus dessous; les murs sont couverts d'inscriptions de tout genre et de peintures extravagantes; — ailleurs, on trouvera des glaces barbouillées de noir, ou des fils prétendus magnétisés qui traversent la chambre (Trélat). — Leur genre de vie est également caractéristique : ainsi les uns vivent dans un isolement absolu, fuient toute société et sont poursuivis par des idées fixes ou des

hallucinations auxquelles ils espèrent échapper par la solitude; — d'autres au contraire recherchent le monde, l'éclat, le bruit; – d'autres enfin s'adonnent à une vie crapuleuse.

Ecrits des aliénés. — Un élément de diagnostic encore plus important est fourni par l'examen des écrits des aliénés. Comme le fait remarquer Tardieu, les fous écrivent beaucoup et très volontiers, en sorte qu'il est facile d'en obtenir des pages, quelquefois même de longues lettres ou des mémoires, où il est facile de reconnaitre le désordre de leurs facultés mentales. Suivant Marcé et Brierre de Boismont, il y a deux choses à examiner dans ces écrits : la *forme* et le *fond*.

a. *Forme*. — A ce point de vue, les écrits des aliénés présentent des particularités intéressantes : le dessin graphique des lettres et l'agencement des lignes ont souvent un caractère particulier; quelquefois le papier est couvert d'écriture dans tous les sens, il ne reste pas un coin vide; les mots, les lignes empiètent les uns sur les autres, s'enchevêtrent de manière à former un ensemble horriblement confus. « L'écriture, dit Tardieu, est souvent tremblée, les lettres mal dessinées; des ratures sans nombre, des mots soulignés ou écrits en gros caractères et précédés de majuscules, l'absence totale ou l'abus de la ponctuation, des chiffres ou des assemblages de lettres incompréhensibles, des taches d'encre répandues à profusion, se voient dans le plus grand nombre des écrits des aliénés. Quelquefois les caractères ordinaires sont remplacés par des signes inconnus, des espèces d'hiéroglyphes qui n'ont de sens que pour le cerveau malade de l'aliéné. Un des traits les plus constants et les plus significatifs qu'offre, dans certaines formes de la folie, l'agencement de l'écriture, c'est l'omission fréquente de quelques syllabes ou de mots entiers, qui donne à des hommes, très lettrés et les moins suspects à cet endroit, l'orthographe la plus défectueuse. C'est là, on peut le dire, un des signes précurseurs les plus habituels de la folie paralytique. »

b. Les *idées* et le *fond* même de ces écrits sont la reproduction fidèle de l'état mental de l'aliéné. « Quelques-uns en effet s'y peignent tout entiers; ils écrivent comme ils

pensent, et manifestent leur délire tantôt par l'incohérence et le défaut de suite de leurs écrits, tantôt par l'exposé prolixe et complet des conceptions fausses qui remplissent leur cerveau malade. On observe à cet égard des différences remarquables suivant les genres de folie. Dans la première période de la paralysie générale, alors que l'on observe chez les malades une excessive facilité d'expansion, on les voit se prodiguer en lettres de recommandation, en ordres d'achats, en projets de toutes sortes. Les monomanes qui se croient chargés de missions célestes ou qui se consument dans des inventions de tous genres (machines, découvertes chimiques, systèmes politiques, etc.,) n'ont jamais à leur disposition assez d'encre et de papier : ils écrivent et écrivent sans relâche, le plus petit fragment de papier, les pages d'un livre, les marges d'un journal sont couverts par eux d'une écriture aussi fine et aussi serrée qu'ils le peuvent, de manière à y faire entrer le plus de choses possible. Les mélancoliques, moins disposés en général à s'ouvrir, laissent cependant échapper quelquefois des écrits très significatifs : ce sont des pétitions aux autorités, dont ils invoquent la protection contre leurs persécuteurs, des dénonciations à la justice, des mémoires où ils consignent leurs plaintes et leurs griefs imaginaires; quelques-uns remplissent de leurs élucubrations maladives des cahiers entiers, qu'ils ne font aucune difficulté de confier au médecin; souvent ils les font autographier et même imprimer. » (Tardieu.)

Quelquefois, au contraire, il existe chez l'aliéné un contraste frappant entre les écrits et les paroles : ainsi, d'après Moreau de Tours, *les déments manifestent plus de désordre* d'esprit en *écrivant* qu'en *parlant;* ils conservent une certaine tenue, répondent encore pertinemment; mais, dès qu'ils écrivent, ce sont des phrases inachevées et sans suite, sans aucune association d'idées, ou bien ils commencent une lettre dans un sens et la finissent dans un autre, l'adressent au début à une personne et en terminant à une autre. — C'est le contraire chez les *monomanes* et les fous *atteints* de *manie raisonnante :* ils peuvent écrire de la manière la plus correcte, la plus lucide en apparence; ils adressent aux autorités, aux assemblées législatives des pétitions très

sensées et pleines d'une logique qu'on ne trouve ni dans leurs paroles ni dans leurs actes.

Tardieu appelle enfin l'attention des experts sur les *dessins* ou les *peintures* exécutés par les fous; ils sont également caractéristiques au point de vue de la folie; en général, les aliénés choisissent de préférence les sujets érotiques et parfois obcènes.

Examen du fait en lui-même. — A ce point de vue, d'après Casper, le médecin doit examiner les circonstances suivantes :

a. Le crime est-il *un fait isolé* dans la vie de l'accusé, ou bien pouvait-on le prévoir d'après ses antécédents? Ce point a son importance, car rarement un homme qui, pendant toute sa vie, est resté honnête et fidèle aux lois de l'honneur, commet tout d'un coup un délit ou un crime, s'il n'y est poussé par une circonstance qui lui enlève plus ou moins son libre arbitre, comme une passion violente ou une affection mentale.

Il y a là sans doute présomption en faveur d'un trouble psychique; mais il ne faudrait pas aller trop loin et conclure d'emblée à la folie : c'est au moins l'opinion de Casper, qui repousse comme dangereuse la théorie qui fait juger la responsabilité par le fait seul. « Elle est dangereuse, dit-il, parce que le jugement psychologique doit se baser d'abord sur l'existence d'une maladie mentale et de ses causes, et en déduire que l'action a été commise sous son influence, tandis que, dans cette théorie, on admet que le fait en lui-même prouve déjà l'aliénation mentale. »

b. *Les motifs du fait.* — Les opinions sur ce point sont très partagées : suivant les uns, ces motifs ont peu ou point de valeur; suivant d'autres, ils sont très importants pour le jugement psychologique de l'accusé.

Casper pose comme règle générale que, dans l'appréciation de ces motifs, pour juger le fait sous son vrai jour, on devra toujours se mettre au point de vue de celui qui a commis l'action et non à son propre point de vue. Dans ces conditions, on voit que la *futilité du motif* n'est souvent qu'apparente pour celui qui regarde la question en désintéressé, et peut aussi bien, aux yeux de l'expert, prouver la

rare perversité de l'accusé que sa non-responsabilité. L'*absence de motif* apparent n'est pas, aux yeux de Casper, une raison pour conclure à l'irresponsabilité; le vrai motif, dit-il, n'est autre que la *tendance raisonnée qui pousse à satisfaire illégalement un désir personnel*, un désir de quelque sorte qu'il soit, soit de possession, soit pour assouvir les sens, soit d'amour-propre pour se faire un nom dans l'histoire. Il y a des individus qui éprouvent une joie réelle dans le mal, une sorte de volupté dans la cruauté, une véritable jouissance dans le mal qu'ils font aux autres. Ces sentiments contre nature sont quelquefois poussés à un tel point que certains aliénistes y voient la manifestation d'un instinct maladif, d'une véritable dépravation mentale et admettent la non-culpabilité. Casper pense, au contraire, que ce sont « des actions réfléchies, commises par des hommes dont la perversité est poussée jusqu'aux limites les plus diaboliques, et qui suivent les caprices les plus excentriques de leur déplorable et hideux pervertissement. » Aussi n'hésite-t-il pas à déclarer que si l'on trouve un motif réel, comme ceux qu'il vient de définir en se mettant au point de vue de l'accusé, on pourra admettre la culpabilité au moment où l'action a été commise, et *vice versa*.

c. *La préméditation.* — L'accusé a-t-il suivi un *certain plan* dans l'accomplissement de son crime? Cette circonstance n'a qu'une valeur secondaire, quoiqu'il semble naturel de penser qu'un plan raisonné annonce une raison saine, et un plan non raisonné une raison malade. On a vu en effet des individus, dont l'aliénation n'était pas douteuse, montrer une ruse incroyable, et exécuter certains actes exigeant des réflexions et des combinaisons suivies avec persévérance pendant un temps plus ou moins long. Casper en cite plusieurs exemples, et conclut que *la préméditation seule n'implique pas la culpabilité*, comme le croient en général les gens étrangers à la médecine.

d. L'accusé a-t-il fait des tentatives pour se *soustraire à la punition?* a-t-il été jusqu'à faire des préparatifs avant l'exécution du crime, dans cette intention? Ces préparatifs, qui consistent soit dans un déguisement quelconque, soit dans la preuve d'un alibi, peuvent faire croire qu'il a eu

conscience de son action. Il est très important de rechercher si ces précautions ont été raisonnées et dirigées avec réflexion vers un même but, ou si elles ne sont pas seulement le résultat d'un esprit malade; dans ce dernier cas, ces préparatifs eux-mêmes sont empreints du cachet de la folie, et ont une certaine valeur pour le diagnostic. « On doit juger autrement, dit Casper, les tentatives ayant pour but de se soustraire à la punition, qui ne sont faites *qu'après* l'action, par exemple lorsque l'accusé se sauve, nie, cache le corps du délit. Le malfaiteur coupable fait ces tentatives dans la plupart des cas; mais le malfaiteur dont les mobiles sont la vengeance, le fanatisme politique, souvent ne prend pas ces précautions; quelquefois même, le criminel endurci, se confiant à sa bonne étoile, qui l'a déjà protégé jusque-là, se présentera hardiment sans faire un pas pour se soustraire au châtiment. Ces hommes se comportent alors comme l'aliéné qui reste impassible dans sa triste naïveté. »

e. L'*absence de repentir* ne prouve pas grand'chose au point de vue du diagnostic de la responsabilité : les grands criminels, les malfaiteurs les plus endurcis montrent la même indifférence, la même insensibilité de cœur que l'aliéné après son crime.

f. La *possibilité pour l'accusé de raconter les circonstances de fait*, ne prouve pas davantage, parce que l'oubli peut être simulé par le malfaiteur, tandis que l'aliéné peut très bien se rappeler toutes les circonstances de son crime.

g. L'*état intellectuel* de l'accusé doit être également examiné. Casper croit que ce symptôme a donné lieu à bien des erreurs de diagnostic, parce qu'on ne voit pas les faits à leur vrai point de vue : pour lui, la faiblesse d'intelligence, la niaiserie ne constituent pas la non-culpabilité, et, là *comme toujours*, on doit considérer toutes les circonstances du cas spécial : l'origine, l'éducation, le caractère, les tendances, les sympathies de l'accusé, quel rapport il peut y avoir entre l'action incriminée et l'état de l'intelligence de celui qui l'a commise.

h. *Hallucinations.* — Les hallucinations, surtout celles de l'ouïe, sont souvent invoquées par les criminels aliénés ou

non. Casper n'y croit pas beaucoup et les considère comme une excuse très commode pour faire croire à la non-culpabilité. Il reproche aux médecins de se laisser trop séduire par ces soi-disant impulsions qui poussent fatalement l'individu à commettre un crime. L'existence de ces voix secrètes peut, suivant lui, aider au diagnostic de la non-responsabilité dans les cas suivants : 1° quand il est prouvé que, depuis longtemps, l'accusé était atteint d'hallucinations qui se rencontrent surtout pour le sens de l'ouïe, si fréquemment atteint chez les aliénés ; mais il faudra prouver d'abord l'aliénation mentale ; — 2° si le fait incriminé a été causé *exclusivement* par l'hallucination : pour juger cette question, on trouvera des bases dans les hallucinations des rêves, et dans les extravagances commises dans l'*ivresse de sommeil*, c'est-à-dire dans l'état intermédiaire entre le sommeil et la veille, quand le sommeil vient de cesser ou ne fait que commencer. En dehors de ces deux cas, ajoute-t-il, « la voix qui crie : Tu dois le faire ! n'est autre chose que la propre voix du mauvais principe qui crie dans la poitrine du criminel, voix qui, après une lutte plus ou moins longue entre le bon et le mauvais principe, où sont pesés les avantages et les dangers de l'action, triomphe dans la conscience et fait commettre le mal. » Nous verrons plus loin que cette opinion de Casper sur les impulsions n'est nullement partagée par Tardieu et la plupart des aliénistes.

i. L'*aveu* du délit ou du crime par l'aliéné doit être examiné et contrôlé de fort près : il existe en effet toute une catégorie de malades, particulièrement les hypochondriaques, les monomanes religieux, qui font en quelque sorte étalage de crimes imaginaires, s'accusant d'être les auteurs non soupçonnés et non punis de sacrilèges, d'indélicatesses, d'adultères ou de faits criminels quelconques : ils ont tué leur mère, leur femme ou leurs enfants. Quand l'aliénation mentale est bien caractérisée, on sait quelle valeur on doit attacher à de pareils aveux ; mais il est des cas fort embarrassants, lorsque la folie par exemple est à l'état d'incubation et qu'on peut à peine la soupçonner (Morel). Dans d'autres circonstances, les aliénés ne for-

mulent plus contre eux-mêmes, mais contre d'autres, des accusations mensongères ou calomnieuses ; ils accuseront telle ou telle personne de s'être livrée sur eux à des actes de violence. Dans ce cas, dit Legrand du Saulle, « le médecin doit d'abord tout accepter, ne s'émouvoir de rien, ne prendre parti ni pour ni contre le délateur, ajourner toute réflexion, et soumettre ensuite, avec calme et sans passion, les faits au contrôle le plus sévère. »

Il peut encore se présenter le fait suivant : un homme est accusé d'un crime et proteste de son innocence ; il perd la raison et avoue sa culpabilité ; puis il guérit et nie formellement qu'il soit l'auteur de l'acte incriminé. Le docteur Dagonnet, consulté dans un cas de ce genre, émit l'opinion que les aveux, faits par un accusé dans un moment de folie, ne peuvent avoir aucune valeur sérieuse aux yeux de la justice. Le prévenu fut acquitté. Suivant Legrand du Saulle, il doit en être de même des paroles ou des témoignages échappés à un individu pendant le délire d'une affection aiguë.

Tardieu fait remarquer enfin que parfois certains détails, certaines circonstances du crime suffisent pour faire soupçonner la folie : par exemple, une femme, après avoir tué son enfant, le coupe en morceaux et le fait bouillir dans une marmite avec des choux. « Il y a, dit-il, dans le seul détail de cette préparation culinaire, aussi inutile que révoltante, une forte présomption que cette femme n'a pas sa raison. » L'absence constatée de tout mobile apparent ou caché, le choix irréfléchi de la victime peuvent aussi dénoncer la folie. Tardieu pense que « dans ces cas, c'est moins dans la nature de l'action et dans les circonstances qui l'entourent, que dans les fonctions morales et intellectuelles de celui qui est soumis à son examen, que l'expert puisera les motifs de son jugement. »

B. **Interrogatoire.** — On ne devra procéder à l'interrogatoire de l'aliéné qu'après l'enquête, c'est-à-dire quand les renseignements, inscrits au dossier ou fournis par l'ensemble des recherches que nous venons d'indiquer, ont permis de soupçonner l'aliénation mentale, et montré la meilleure voie à suivre pour le questionner ; on évite ainsi les tâtonne-

ments, et l'on peut donner à l'interrogatoire une direction plus méthodique.

Ajoutons que dans les formes périodiques, rémittentes ou transitoires de la folie, le sujet peut avoir sa raison au moment de l'interrogatoire ; il ne faudra donc pas conclure d'après une seule séance, mais renouveler l'épreuve plusieurs fois.

Cet interrogatoire peut aboutir à des résultats positifs, mais il est loin d'être infaillible, et doit être, en raison des cas de simulations et des autres causes d'erreur, complété par l'observation directe et suivie de l'accusé : il faut souvent, pour arriver à un diagnostic certain, le suivre longtemps, le soumettre pendant des mois entiers à une surveillance assidue, persévérante, habilement conduite et pratiquée à l'insu de l'inculpé.

C. **Examen direct.** — Cet examen doit porter : 1° sur l'*état physique ;* — 2° sur l'*état mental* de l'aliéné.

1° **Examen de l'état physique.** — Il est moins important que l'examen de l'état mental, mais ne doit cependant pas être négligé de l'expert, qui peut y trouver des indications très précieuses, surtout dans les cas de simulation. Il aura donc à étudier l'ensemble de toutes les fonctions organiques, mais plus spécialement la *physionomie générale,* la *circulation*, les *fonctions digestives*, le *système nerveux*, la *myotilité*, les *fonctions génésiques*, enfin les *lésions anatomiques*.

a. *Physionomie générale.* — L'aspect extérieur de l'aliéné a souvent quelque chose de caractéristique ; la forme du crâne, l'attitude, le regard, le port de la tête, les mouvements partiels des lèvres ou des mains, la sputation fréquente, donnent à l'habitude extérieure des aliénés un caractère qui frappe au premier coup d'œil l'expert un peu habitué à ce genre d'examen. Suivant le Dr A. Laurent, il y a une désharmonie complète entre les manifestations fournies par le centre d'action oculaire et par le centre d'action buccal. En général, la peau fonctionne mal, elle est sèche, terreuse, jaune, couverte d'une sorte d'enduit visqueux ; d'autres fois congestionnée et violacée. Elle est en outre très sujette à s'enflammer ; elle se fendille et se couvre d'érup-

tions diverses (érythèmes, furoncles, érosions), surtout aux mains, dans les formes dépressives de la folie. On remarque encore sur la surface du corps des traces de blessures (morsures, mutilations), et des contusions que les malades se font à eux-mêmes, soit dans des tentatives de suicide, soit involontairement dans le paroxysme de leurs accès de fureur. Dans certains cas, chez les déments ou les paralytiques, les malades s'écorchent la peau par une sorte de mouvement automatique ; Tardieu en a vu s'arracher des lambeaux de peau par des tiraillements violents et presque continuels.

b. *Circulation.* — La circulation générale est moins troublée qu'on pourrait le supposer (Tardieu). Le cœur ne présente pas de lésions caractéristiques, en dehors des palpitations, de certaines irrégularités du rhythme et d'un bruit de souffle chloro-anémique. Le pouls offre les mêmes irrégularités que le cœur; il est quelquefois très ralenti, d'autres fois dédoublé. Rien de bien particulier du côté de la température ; d'une manière générale, elle est abaissée dans les formes dépressives de la folie, et augmentée dans les formes aiguës et paroxystiques.

c. *Fonctions digestives.* — Elles sont presque toujours dérangées ; l'appétit est *nul* dans les formes aiguës de la folie, et dans le degré le plus avancé de la dépression ; il est souvent *exagéré* et surtout *perverti* dans les formes chroniques La langue est presque toujours sale et saburrale ; l'haleine mauvaise, souvent fétide ; la constipation très habituelle, parfois opiniâtre.

d. *Système nerveux.* — Les désordres physiques du système nerveux portent surtout sur la *sensibilité*, qui est en général profondément altérée. Elle peut être en effet : *exagérée* jusqu'à la douleur, et s'accompagner tantôt de mal de tête, d'éblouissements ou de bourdonnements d'oreilles, tantôt d'hyperesthésie avec sensation de chaleur et de brûlure à la peau ; — *abolie*, par exemple dans la folie mélancolique, hypochondriaque ou hystérique ; — *pervertie*, le malade ne distingue plus le chaud du froid, ne reconnait plus les saveurs, et mange des substances inertes ou dégoûtantes.

Le *sommeil* peut être plus ou moins perdu, surtout au début de la folie, et dans les périodes d'excitation, ou troublé par des hallucinations dans les formes chroniques.

e. *Myotilité.* — Les troubles de la myotilité les plus fréquents chez les aliénés sont les *convulsions*, les *contractures* ou les *paralysies*, qui constituent même le caractère fondamental de quelques-unes des formes de la folie (épileptiques, hystériques, paralytiques). En dehors de ces espèces nettement définies, on observe : les *convulsions* épileptiformes, chez quelques alcooliques et dans certaines phases de la paralysie générale ; — les *contractures*, chez les idiots, les mélancoliques lypémaniaques et surtout les folles hystériques ; — les *paralysies* sont fréquentes et peuvent être partielles, localisées à un membre ou à un côté, frapper seulement les muscles d'un œil ou la langue ; quelquefois elles se compliquent d'agitation et d'ataxie, lorsque la moelle épinière est malade comme le cerveau.

f. *Fonctions génésiques.* — Elles doivent surtout attirer l'attention du médecin légiste. En général, au début de toutes les formes de folie, le sens génésique est *excité ;* mais cette excitation passagère fait bientôt place à un *affaissement* qui devient habituel et constant chez la plupart des aliénés. Il faut en excepter, bien entendu, ceux dont la folie est précisément caractérisée par l'excitation maladive et violente des appétits vénériens, comme les satyriasiques et les nymphomanes. On devra aussi tenir compte de l'état de la menstruation, de l'existence d'une grossesse, d'un accouchement récent, de l'allaitement et de toutes les circonstances qui peuvent provoquer les désordres intellectuels, connus sous le nom de folie puerpérale.

g. *Lésions anatomiques.* — La constatation de ces lésions peut donner quelques indices rétrospectifs sur l'état mental d'individus, décédés sans qu'on ait pu les examiner de leur vivant, par exemple dans les cas de suicide, lorsqu'il s'agit d'établir la folie chez un individu qui vient de mettre fin à ses jours, question importante à résoudre dans les cas de contestation de donation, de testaments ou d'assurances sur la vie.

Il est reconnu aujourd'hui que, dans la plupart des cas

de folie, surtout dans les formes à longue durée, il existe des altérations nombreuses du cerveau et de ses enveloppes ; quelques-unes même sont tellement constantes qu'elles paraissent avoir un caractère de spécificité, suffisant pour établir certaines formes de la maladie, non seulement par l'identité des symptômes, mais encore par celle des lésions. Il est bon toutefois de faire remarquer : 1° que, dans certains cas de folie bien avérée, on n'a trouvé aucune lésion anatomique appréciable ; — 2° que dans d'autres, au contraire, l'autopsie découvrait les lésions observées dans la folie, chez des individus qui, de leur vivant, n'avaient donné aucun signe d'aliénation ; — 3° enfin que le plus souvent, il n'existe aucun rapport, constant et suffisamment établi, entre les lésions dont l'encéphale peut être le siège, et les formes symptomatiques de la folie.

Ces altérations anatomiques sont très nombreuses. Voici celles qui ont été mentionnées par les auteurs : lésions variées des os du crâne, — concrétions polypeuses dans le sinus longitudinal, — ossification de l'arachnoïde, — épanchements dans la cavité arachnoïdienne, — épaississement avec ou sans opacité de l'arachnoïde, — corpuscules sur cette membrane, — ecchymoses sous-arachnoïdiennes, — congestion, inflammation, adhérences de l'arachnoïde avec la couche corticale, — congestion des méninges cérébrales et cérébelleuses, — atrophie des circonvolutions, — altérations de couleur ou de consistance de la couche corticale, — dégénérescence graisseuse des cellules et des tubes nerveux, — congestion ou ischémie avec induration ou ramollissement général ou partiel du cerveau, — oblitération par des caillots des vaisseaux capillaires, dont les parois offrent une incrustation athéromateuse, — hydropisie avec ou sans dilatation des ventricules, — injection des plexus choroïdes, — diverses altérations de la glande pinéale, — odeur fétide de la substance cérébrale (Tardieu). M. le Dr Auguste Voisin a constaté en outre, dans les cas de folie ancienne, des altérations profondes des cellules cérébrales elles-mêmes, lésions de nature nécrobiotique, qui ne se rencontrent pas d'ailleurs d'une manière égale dans les diverses parties du cerveau. La localisation pa-

rait même différente, suivant que le délire est partiel ou général, suivant que le malade a ou n'a pas conscience de son état, et qu'il est ou n'est pas en démence : ainsi, dans le délire partiel avec hallucinations, les cellules des couches optiques et les circonvolutions pariétales sont seules atteintes ; à mesure que le délire se généralise, la lésion gagne les cellules des circonvolutions voisines, et finit par atteindre les circonvolutions frontales dans le degré le plus avancé de la démence. Tardieu fait remarquer que, dans l'état actuel de la science, il est impossible, et il serait même dangereux d'appliquer ces recherches à la constatation médico-légale de la folie.

Ajoutons que l'examen nécroscopique ne devra pas se borner au cerveau ; il faudra examiner tous les autres organes, notamment le foie, l'estomac, la matrice : on y trouvera quelquefois, par exemple chez les suicidés, les mélancoliques, les hystériques, des lésions qui ont pu avoir une certaine influence sur la forme du délire.

2° **Examen de l'état mental.** — Cet examen, suivant Tardieu, doit porter sur trois ordres de faits également essentiels à constater : les *troubles des fonctions intellectuelles*, — la *perversion des facultés affectives et des instincts*, — *l'altération des fonctions sensoriales*.

a. *Troubles des fonctions intellectuelles.* — Ces troubles, qui constituent le caractère ordinaire et essentiel de la folie, consistent : soit dans un état d'incohérence absolu et d'abolition générale de la mémoire, de l'attention, du jugement et de la conscience ; — soit dans des troubles partiels de l'entendement, caractérisés par des idées fausses, avec des déductions très logiques en apparence ; — soit enfin par une idée fixe qui s'empare de l'esprit du malade et en absorbe toute l'activité. Cette idée fixe a souvent pour conséquence des actes dans lesquels la volonté de l'aliéné reste absolument active ; mais sa responsabilité est nulle : « Il se figure par exemple qu'il est insulté, il croit entendre, il entend une parole injurieuse et frappe pour se venger. Cela est raisonné, voulu ; mais le point de départ est l'idée fausse, le trouble des fonctions intellectuelles qui constitue la folie. » (Tardieu.)

b. *Troubles des facultés affectives et des instincts.* — Ils constituent également un caractère essentiel et à peu près constant de la folie (Esquirol). Les désordres intellectuels s'accompagnent presque toujours d'une perversion profonde des sentiments et des instincts, ainsi que des fonctions d'*expression*. Tardieu attache une grande importance à ce dernier caractère dans l'examen médico-légal de l'aliéné. Les larmes et le rire, la joie et la fureur se succèdent chez lui sans motifs; les gestes, la voix, le langage témoignent à chaque instant du trouble de son esprit.

Le *langage* peut être : complètement *aboli;* dans ce cas, il y a lieu de rechercher si l'on est en présence d'un mutisme volontaire, obstiné ou d'un phénomène symptomatique d'une lésion nerveuse; — simplement rendu *difficile* et *confus*, par suite de troubles dans certains organes de la phonation, notamment la langue et les lèvres; — *incohérent*, c'est-à-dire que, conformément à la perversion des idées, il peut consister dans la répétition d'un mot, d'une phrase, toujours les mêmes, que l'aliéné prononce à satiété et comme une machine montée, ou dans l'émission de cris ou de sons inarticulés.

Les *gestes*, les *mouvements* souvent involontaires présentent parfois la même incohérence, et se reproduisent avec une persistance et une régularité extraordinaires. « Tantôt, dit Tardieu, c'est la tête qui remue sans interruption, tantôt les doigts qui s'agitent comme dans un travail imaginaire, tantôt les yeux qui se tournent invariablement vers un objet invisible, enfin les jambes qui se meuvent dans une marche insensée, automatique, incessante, qui semble entraîner l'aliéné malgré lui et lui fait parcourir, sans qu'il en ait conscience, quinze lieues en un jour, dans le cercle étroit du jardin où il est enfermé. »

Il est bon de savoir que, dans certains cas cependant, ces gestes, ces paroles les plus dépourvues en apparence de signification, répondent à des conceptions délirantes et sont l'effet d'une volonté malade, mais active; par exemple, dans la folie du doute avec délire du toucher, on voit des individus se laver les mains cent fois, deux cents fois par jour, lorsqu'elles ont touché certaines personnes ou certains

objets, comme des boutons de porte. (Legrand du Saulle.)

c. *Troubles des facultés sensoriales.* — Ces troubles, qui constituent un des symptômes les plus fréquents de la folie, comprennent les *hallucinations*, les *fausses sensations* et les *illusions sensoriales.*

α. *Hallucinations.* — On entend par là « des sensations spontanément perçues en l'absence de toute impression physique et de tout excitant extérieur des organes des sens. Les hallucinations ne diffèrent en réalité des sensations vraies que par le défaut d'objet; mais, à part la non-existence de l'excitant, la perception est aussi réelle dans les unes que dans les autres. » (Tardieu.)

Les hallucinations peuvent avoir pour point de départ les organes des sens, l'ouïe, la vue, l'odorat, le goût, le toucher (*hallucinations sensoriales*) ou les viscères (*hallucinations viscérales* ou *fausses sensations*).

Hallucinations de l'ouïe. — Ce sont les plus fréquentes et les plus importantes au point de vue médico-légal. Elles sont en effet très souvent la cause des délits ou des crimes commis par les aliénés qui ont entendu des voix, des commandements, des puissances supérieures leur ordonnant de faire tel ou tel acte; c'est à ces êtres chimériques qu'ils obéissent dans les formes impulsives du délire. Tardieu fait remarquer qu'il est souvent difficile d'obtenir du fou l'aveu de ces communications imaginaires; il les cache avec une obstination difficile à vaincre.

Hallucinations de la vue ou *visions.* — Elles peuvent exister seules ou s'accompagner d'hallucinations de l'ouïe, et se produisent surtout pendant la nuit sous les formes les plus bizarres, les plus variées ou les plus effrayantes. Tardieu a constaté ce fait intéressant que la cécité la plus complète ne met pas l'aliéné à l'abri des hallucinations de la vue, ce qui prouve que la sensation existe dans l'organe sensorial lui-même, indépendamment de tout excitant extérieur.

Hallucinations du goût et de l'odorat. — Moins fréquentes que les précédentes, ces hallucinations vont presque toujours ensemble, et donnent lieu à la perception d'odeurs et de saveurs délicieuses ou repoussantes. Les aliénés les attri-

buent toujours à des persécutions ou à des tentatives d'empoisonnement, et ils se portent parfois à des actes de violence contre ceux qu'ils soupçonnent.

Ces erreurs peuvent avoir les conséquences les plus fâcheuses : les malades se figurent qu'on veut les empoisonner et vivent dans une défiance perpétuelle, refusent de manger, s'isolent, s'enferment complètement, ou adressent à la police des plaintes, des accusations d'empoisonnements contre leurs parents, leurs amis ou leurs domestiques.

Hallucinations du toucher. — Elles ne sont pas très rares, et se présentent le plus souvent avec des caractères très significatifs : elles sont très rebelles et deviennent une véritable souffrance pour les malheureux qui en sont atteints, et qui les attribuent à des ennemis imaginaires, à des physiciens qui les électrisent ou à des magnétiseurs qui les obsèdent. Dans d'autres cas, au contraire, ces hallucinations du toucher portent sur les organes sexuels et donnent lieu à des excitations érotiques, capables de pousser l'aliéné à commettre des attentats à la pudeur ou des viols.

β. *Sensations fausses* ou *hallucinations viscérales.* — Elles ont leur siège soit dans les viscères, soit dans toute autre partie du corps, en dehors des organes des sens. Suivant le Dr Rota, elles peuvent avoir comme point de départ les *conceptions* d'un cerveau malade ; mais le plus souvent elles sont liées à une *affection organique* des viscères. Les malades croient avoir dans l'estomac, la poitrine ou la matrice des animaux, des corps étrangers, des démons, des appareils électriques, et l'examen permet de reconnaitre la présence de tumeurs, de cancers, d'hémorrhoïdes ou d'entozoaires.

γ. *Illusions sensoriales.* — Elles consistent dans l'appréciation fausse de sensations réelles, et ne doivent pas être confondues avec les hallucinations qu'elles accompagnent souvent. Les malades interprètent dans le sens de leur folie les bruits les plus divers, qui deviennent pour eux des cris ou des injures.

L'aliénation mentale une fois constatée, reconnue par l'expert, reste une dernière question à résoudre, au point de vue du malade et surtout de la sécurité publique : l'aliéné

est-il inoffensif et peut-on le remettre à sa famille, ou doit-on l'enfermer dans un asile comme dangereux? Existe-t-il en un mot des signes suffisants pour reconnaître qu'un aliéné est dangereux?

Suivant Legrand du Saulle, les genres de folie qui fournissent le plus grand nombre d'aliénés dangereux sont les *hallucinés* (folie alcoolique), les *monomaniaques* à systématisation délirante ou à impulsions instinctives, les formes caractérisées par la *débilité intellectuelle* (idiots).

Tous les hallucinés, tous les monomaniaques et les faibles d'esprit ne sont cependant pas dangereux. Pour établir qu'ils peuvent devenir un danger, on se basera : 1° sur le caractère antérieur du malade ; — 2° sur la période de la maladie dont il est atteint; — 3° sur la nature même de cette maladie.

1° *Caractère antérieur du malade.* — En général, les individus devenus fous gardent le caractère qu'ils avaient avant leur folie : ainsi les gens timides et pusillanimes restent craintifs et irrésolus; ils réagissent avec peu d'énergie contre les excitations intérieures ou extérieures qui pourraient les pousser à commettre des actes de violence, et deviennent très rarement meurtriers. Les individus au contraire qui sont naturellement actifs , entreprenants , résolus et prompts à l'action, conservent les mêmes dispositions et le même caractère : ils sont violents, emportés et deviennent facilement dangereux. (Legrand du Saulle.)

2° *Période de la maladie.* — Les aliénés commettent des actes de violence surtout au début, à la période d'invasion de la folie; ils deviennent d'autant moins dangereux qu'ils se rapprochent plus de la démence. Il faut se rappeler aussi que, dans la folie périodique, chaque paroxysme s'accompagne d'accès malfaisants ou violents.

3° *Nature de la maladie.* — D'après Legrand du Saulle, les *maniaques* sont turbulents et bruyants; par leurs actes désordonnés, leurs chants ou leurs cris, ils peuvent troubler la tranquillité publique; mais ils sont rarement capables d'accomplir des actes violents, excepté au moment des paroxysmes périodiques. — Les *mélancoliques* sont peu dangereux; ils sont plutôt affaissés, déprimés, et l'on doit les sur-

veiller pour les empêcher de se suicider. — Les *délirants partiels* sont les plus dangereux de tous les aliénés : ils préparent les actes les plus nuisibles, les plus violents, avec une ruse extraordinaire, et réussissent presque toujours à les mettre à exécution. Suivant Trélat, ces fous sont d'autant plus dangereux qu'ils ont encore assez d'intelligence pour vivre de la vie commune. Ils apportent partout avec eux la ruine, la désunion, le malheur et se plaisent à compromettre tout le monde, à répandre des calomnies infâmes. Ce sont des êtres éminemment nuisibles. — Les *persécutés*, qui cherchent à se venger d'un ennemi imaginaire, peuvent devenir extrêmement dangereux pour la personne qu'ils accusent de les persécuter : ils s'acharnent à leur vengeance, qui devient alors leur unique préoccupation. Dans ces conditions, ils commettent souvent des assassinats. — Les *monomaniaques religieux* peuvent aussi commettre des crimes atroces. Pour reconnaitre s'ils sont dangereux, il faut s'informer de la nature de leurs hallucinations et de la façon dont ils ont exécuté les ordres imaginaires qu'ils ont reçus. — Les *maniaques chroniques*, en dehors des paroxysmes, et les *déments*, sont les moins dangereux de tous les aliénés. — Les *idiots*, les *imbéciles* et les *crétins* présentent plus de danger pour la morale publique et la sécurité des personnes, en raison de leurs instincts de brutes. Ils peuvent enfin servir d'instruments de crime, et l'on a abusé souvent de leur faiblesse d'esprit pour leur faire allumer des incendies ou commettre des vols. On doit donc les surveiller avec soin et les faire enfermer dès que leurs actes le permettent.

Difficulté du diagnostic médico-légal de la folie. — *Causes d'erreur.* — Malgré toutes les ressources fournies par la connaissance approfondie du sujet, malgré les renseignements résultant de l'enquête et de l'examen physique et mental de l'inculpé, la constatation médico-légale de la folie offre de sérieuses difficultés dans certains cas qu'il nous reste à examiner.

a. *Période d'incubation.* — L'aliénation mentale est extrêmement difficile à reconnaitre à cette époque où, en voie d'évolution à l'insu du malade et de ses proches, elle se manifeste seulement par des manies à peine sensibles, par

des caprices, des bizarreries, des excentricités inaccoutumées, des modifications légères dans le caractère et les sentiments affectifs, un peu d'insomnie et une suractivité d'esprit extraordinaire, ou bien au contraire par une certaine inaptitude au travail, une tendance insolite à l'affaissement et à l'indolence (Linas).

b. *Folie dissimulée.* — Dans certaines formes d'aliénation mentale, comme l'idiotie, la démence, la stupeur mélancolique, la manie délirante et furieuse, les fous n'ont aucune conscience de leur état mental. Dans la plupart des *folies partielles*, au contraire, dans ce groupe auquel Trélat a donné le nom de *fous lucides*, les malades conservent parfaitement la faculté de contrôler leurs idées, leurs paroles et leurs actes. « Certains d'entre eux, dit Linas, les monomanes raisonnants, sont doués d'une puissance de dissimulation surprenante, dont ils savent très habilement user, soit pour échapper à un jugement d'interdiction, soit pour se soustraire à des mesures administratives. Ils composent avec art leur personne et leurs discours; ils affectent une contenance pleine de calme, de convenance et de réserve; ils protestent, et souvent des amis mal avisés protestent avec eux, contre la maladie qui leur est imputée; et telle est la lucidité de leurs conceptions, la souplesse de leur langage, la vigueur de leur logique, leur habileté à expliquer leur conduite, leur art à manier la ruse et le mensonge, qu'ils réussissent à en imposer complètement aux gens du monde, aux magistrats et même aux médecins peu familiarisés avec l'étude clinique de la folie, jusqu'à ce qu'une catastrophe imprévue, venant jeter la ruine, le scandale, le désespoir ou le deuil dans une famille, dessille enfin tous les yeux et révèle aux incrédules la triste réalité. » On comprend la difficulté du diagnostic dans ces cas; aussi l'expert devra-t-il, avant de se prononcer, soumettre ces malades à une observation prolongée, étudier les antécédents, contrôler et surveiller tous leurs actes et descendre jusque dans le fond de leur existence intime.

c. *Folie simulée.* — La simulation tient une place considérable dans l'étude médico-légale de la folie, et l'expert, chargé d'examiner un aliéné, doit toujours se préoccuper

de la possibilité de la simulation, et établir, dans des conclusions positives, que la folie qu'il a constatée est bien réelle.

Deux cas bien distincts peuvent se présenter : la folie peut être *prétextée* ou *simulée intentionnellement*.

La folie *prétextée* peut être invoquée comme moyen d'excuse : 1° par l'avocat chargé de la défense de l'accusé ; c'est un moyen banal, qui a pu avoir du succès autrefois, mais bien usé actuellement; il a ceci de caractéristique, que l'auteur même du fait incriminé se tient le plus souvent en dehors de cette folie supposée; il laisse parler son défenseur sans intervenir autrement que par une sorte de consentement tacite et d'attitude passive ; — 2° par les familles dont l'honneur est compromis, et qui sont intéressées à faire passer pour malade le coupable dont la honte rejaillirait sur elles; — 3° dans certains cas enfin, l'atrocité du crime ou la bizarrerie apparente des circonstances dans lesquelles il a été commis est telle, qu'on a une tendance toute naturelle à le mettre sur le compte d'une aberration mentale.

La difficulté du diagnostic ne vient pas ici de l'examen de l'inculpé qui ne se donne pas la peine d'imiter la folie, mais des renseignements fournis par les parents ou les intéressés : on allègue des maladies anciennes, des attaques antérieures, plus ou moins réelles d'aliénation, un séjour, à une époque plus ou moins éloignée, du malade dans une maison de santé ou un asile d'aliénés. Ces diverses circonstances, la dernière surtout, sont sans doute de nature à établir une présomption, mais ne suffisent pas pour prouver la folie actuelle. Le médecin expert devra donc faire une enquête sérieuse sur les antécédents du malade, sur ses soi-disant attaques, en étudier avec soin le caractère et la signification, et surtout rapprocher tous ces faits de l'acte reproché à l'accusé. « Il ne suffit pas en effet, dit avec raison Tardieu , d'avoir été enfermé dans une maison d'aliénés et atteint d'une affection mentale passagère pour que tous les actes qui seront ultérieurement commis, même après un temps très long, demeurent suspects et entachés de folie. »

Dans certains cas, la folie est *imputée*, c'est-à-dire que la supposition de folie est posée devant les tribunaux, soit par des parents cupides, afin d'obtenir à leur profit un jugement d'interdiction contre un des leurs; — soit par des héritiers, pour provoquer l'annulation d'une donation ou d'un testament; — soit enfin pour opposition ou nullité de mariage. La difficulté du diagnostic n'est réelle que dans les cas de donations ou de testament, où s'il s'agit d'établir l'état mental d'une personne absente ou défunte. L'expert devra prononcer d'après les particularités du cas spécial soumis à son appréciation.

La *folie simulée* est beaucoup moins fréquente que la folie prétextée. (Armand Laurent.) Cette question, fort intéressante pour le médecin légiste, comprend trois points principaux à étudier : *a.* les formes de l'aliénation mentale ; — *b.* les procédés de simulation; — *c.* les moyens de découvrir la simulation.

a. Formes de la folie simulée. — Toutes les formes ne prêtent pas également à la simulation : les plus *faciles* sont la *folie mélancolique* et surtout l'état de stupidité, puis celles qui se révèlent par des manifestations bruyantes, faites pour frapper le vulgaire, comme la *manie aiguë* avec son incohérence, ses discours et ses pensées décousués, sa violence de gestes et de paroles, sa loquacité intarissable. Tardieu fait remarquer que l'imitation est plus facile en apparence qu'en réalité, et qu'il n'est pas aussi aisé qu'on pourrait le penser de simuler cette variété de folie. — Les plus difficiles sont la *démence*, l'*idiotie*, l'*imbécillité* et surtout la *surdi-mutité*. Quant à la *folie hystérique*, dit Tardieu, elle est le mensonge et la simulation mêmes, mais elle est le symptôme d'une maladie réelle, et ne peut être étudiée au même point de vue que la simulation volontaire.

b. Procédés de simulation. — Les plus ordinaires, employés du reste par les simulateurs maladroits, consistent dans l'étalage d'une sorte de folie théâtrale, celle de femmes échevelées, des attitudes, des gestes, des costumes étranges, des chants, des vociférations, des cris d'animaux, des hurlements, des danses, des contorsions, des rires et des larmes, des fureurs et des actes sans nom. (Tardieu.) Ils ne peuvent

tromper que des observateurs peu habitués aux symptômes de la folie. — Les simulateurs habiles, qui ont fait souvent leur éducation dans la fréquentation des aliénés, ne tombent pas dans ces manifestations grotesques, mais exagèrent malgré eux certains symptômes du désordre intellectuel. « Ils considèrent, dit Tardieu, qu'un fou ne doit pas avoir conscience du moi, ni de sa personnalité. Ils se croient tenus à une incohérence complète et sans relâche, à une perpétuelle confusion de toutes choses, les noms, les personnes, les nombres, les dates, les jours. » Un des principaux signes qui permettront de reconnaître la simulation, c'est le défaut de corrélation entre les symptômes les plus nécessaires et les plus constants du type de folie adopté par le simulateur : il ignore le plus souvent que chaque genre de folie a ses incompatibilités, que l'idiot et l'imbécile ne présentent ni le même langage, ni la même impression de physionomie que le dément, et ils tombent dans des contradictions, des dissonances, qui suffisent à éveiller l'attention du médecin légiste.

c. Moyens de découvrir la simulation. — La première condition pour reconnaître la simulation, c'est d'y mettre le temps, de ne se prononcer qu'après une observation prolongée, répétée, persévérante, directe et indirecte, c'est-à-dire confiée à des personnes habituées aux fous. Aussi, le plus ordinairement, doit-on commencer par faire transporter l'inculpé dans une maison d'aliénés, dont le séjour a quelquefois, comme premier résultat, de faire que le sujet renonce de lui-même au rôle si pénible qu'il s'est imposé.

Tardieu repousse énergiquement les épreuves auxquelles on a cru devoir soumettre parfois les simulateurs. Ces pratiques, telles que l'administration du chloroforme, des poisons stupéfiants, des narcotiques (opium, haschich, belladone), ou l'application des douches, du fer rouge, doivent être sévèrement bannies dans la recherche de la simulation, par cela seul qu'elles peuvent n'être pas sans inconvénient pour la santé, ni même sans péril pour la vie. Le médecin ne devra recourir qu'à son expérience et à une observation patiente.

Après une étude approfondie des causes morales et physiques, originelles et héréditaires ou acquises, de la forme

de la folie simulée, il recherchera plus particulièrement certains symptômes physiques qu'on observe ordinairement chez les aliénés, et que le simulateur est impuissant à reproduire, par exemple : 1° l'*insomnie*, qui manque rarement dans les formes aiguës de la folie, et qu'un simulateur ne peut supporter longtemps; — 2° l'*appétit*, qui présente chez les fous des variations, des irrégularités qu'on ne rencontre pas dans la simulation; — 3° l'*intégrité des fonctions organiques* (digestion, respiration, circulation) que présentent les faux aliénés; — 4° l'*aspect extérieur*, qui, chez les simulateurs, reproduit rarement avec exactitude la physionomie, l'attitude, l'ensemble de la figure du véritable fou. Il est difficile d'en imposer à un médecin véritablement exercé à l'examen de aliénés. Le Dr A. Laurent insiste particulièrement sur le caractère qu'offre le regard du simulateur. « Il est, dit-il, furtif, mobile, sournois. La figure signale un état forcé, un désaccord choquant et significatif. Le criminel simulateur ne saurait donner à son regard l'expression égarée et excitée qui appartient au maniaque. On n'y reconnaît que l'effronterie et non l'aberration de l'esprit. »

Il faudra bien se garder de confondre, avec la simulation de la folie des faux aliénés, la ruse et la dissimulation qui caractérisent les véritables fous. Il y a là une différence capitale : autant ces derniers mettent de soin à ne pas vouloir passer pour fous, à dissimuler leur folie, autant les premiers font étalage de leurs prétendus troubles intellectuels; ils ne se montrent jamais plus fous que lorsqu'ils sont en présence des juges ou des médecins.

On devra enfin, dit Tardieu, tenir compte des trois circonstances suivantes, qui peuvent se produire surtout chez les individus placés sous le coup d'une accusation criminelle : 1° La folie peut se développer *dans les premiers temps de la séquestration*, à l'occasion même du crime qui a amené l'incarcération, et qui a été commis dans un état sain d'esprit. Il y a là, au point de vue de la distinction de la folie réelle et simulée, un fait qui demande toute l'attention de l'expert. — 2° Certaines formes de folie, par exemple la manie périodique, la folie circulaire ou folie à double forme de Baillarger, subissent des *modifications naturelles* et *spon-*

tanées, que le médecin ne doit pas, sous peine de s'exposer aux plus graves erreurs, attribuer aux préoccupations et aux tentatives volontaires du simulateur. — 3° La simulation elle-même peut, à la longue, modifier assez l'état physique et moral du faux aliéné, pour que certaines manifestations, d'abord voulues et simulées, deviennent en quelque sorte naturelles et se produisent instinctivement, sans la participation de la volonté. Les simulateurs qui ont été découverts ou qui ont renoncé spontanément à la folie, ont avoué eux-mêmes qu'ils se sentaient devenir fous.

III. — Des différents genres de folie au point de vue de l'appréciation médico-légale.

Tardieu, partant de ce principe que la constatation de l'état mental doit avoir pour objet la détermination de la capacité et de la responsabilité, divise les différents genres de folie en trois groupes : le premier, caractérisé par la *faiblesse d'esprit* d'où résulte l'incapacité plus ou moins complète de l'individu; — le deuxième, par les *impulsions instinctives*, ayant pour conséquence des actes qui ne sont pas toujours en rapport avec les idées délirantes, mais dans lesquels la volonté inconsciente est dirigée et dominée par une force irrésistible; — le troisième, par les différentes formes de *délires*, exerçant sur les actes des influences variées.

A. — Des espèces de folie caractérisées par la faiblesse d'esprit.

Ce groupe comprend la *démence*, l'*idiotie*, l'*imbécillité*, la *faiblesse d'esprit*, les *sourds-muets* et les *moribonds*.

a. **Démence.** — Elle consiste dans l'affaiblissement graduel et progressif, et dans l'abolition plus ou moins complète des facultés intellectuelles et affectives. Elle peut être : 1° primitive et simple, c'est-à-dire résulter soit des progrès de l'âge, soit des fatigues ou des misères physiques et morales; — 2° secondaire et consécutive à des affections cérébrales (encéphalite, ramollissement, hémorrhagie); — 3° le

terme ordinaire, l'aboutissant fatal des différentes formes de la folie, et en particulier de la manie chronique, des monomanies, de la paralysie générale, de l'épilepsie et de la folie épileptique.

Au point de vue *anatomo-pathologique*, les lésions encéphaliques peuvent absolument faire défaut dans la démence; le plus ordinairement, on observe des altérations, dont les principales sont : un aspect rugueux de la substance grise des circonvolutions, qui ont perdu leur aspect poli et pris une teinte jaunâtre ; — une atrophie plus ou moins marquée des circonvolutions; — une dégénérescence graisseuse régressive des cellules et des tubes nerveux, dégénérescence consécutive elle-même à une incrustation athéromateuse et calcaire des parois des capillaires (Marcé); — un épanchement de sérosité dans l'arachnoïde et les ventricules, avec infiltration séreuse de la pie-mère ; — l'ossification des artères et des veines du cerveau ; — la dilatation des vaisseaux; — l'injection et la diminution du volume de la substance grise ; — l'œdème du cerveau; — d'anciens foyers hémorrhagiques ; — des traces d'encéphalite locale et de ramollissement.

La connaissance de ces lésions peut avoir une importance capitale dans certains cas, lorsqu'il s'agit, par exemple, à l'occasion de donations ou de testaments, de déterminer quel était l'état mental de l'individu de son vivant. Tardieu n'admet pas sans doute que l'on puisse conclure des lésions du cerveau à l'existence certaine de la démence ou de telle autre forme de la folie; mais il croit que l'examen anatomo-pathologique peut apporter une preuve sérieuse de l'insanité du sujet, lorsqu'il vient s'ajouter à l'observation directe et à l'enquête du magistrat.

Au point de vue *symptomatologique*, la démence se reconnait aux caractères suivants : affaiblissement général de l'intelligence, ou diminution graduelle de l'une des facultés et principalement de la mémoire ; cet affaiblissement est quelquefois à peine sensible, et il faut bien connaitre le malade pour le soupçonner. « Peu à peu, dit Calmeil, la sensibilité s'émousse, tout en semblant parfois s'exagérer, les larmes sont faciles et fréquentes, mais les impressions s'ef-

facent vite, la mémoire s'affaiblit au point que le dément oublie ses propres paroles à mesure qu'il les prononce. Il parle seul et sans discontinuer ; quelques-uns marmottent à voix basse, et répètent indéfiniment le même mot, le même cri, le même air; plusieurs se balancent à la même place, adoptent un tic, un geste, une grimace ; les femmes rouleront dans leurs doigts un peloton de fil ou déchireront de petits morceaux de chiffons ; les hommes s'occuperont d'une manière aussi futile et paraissent revenir en enfance. Quelques-uns, marchant sans cesse, parcourent régulièrement le même espace depuis le matin jusqu'au soir. » La santé générale se maintient assez longtemps, et offre un contraste frappant avec la dégradation de l'intelligence et de la sensibilité. Pourtant arrive un moment où les forces physiques elles-mêmes finissent par s'affaisser : les muscles sont comme perclus et n'agissent plus; les jambes affaiblies ne peuvent plus supporter le corps ; l'inertie gagne bientôt le rectum et la vessie; les sujets deviennent gâteux; toutes les fonctions générales languissent et s'affaiblissent de plus en plus, jusqu'à ce que le dément soit emporté par une maladie passagère ou s'éteigne sans cause apparente.

Tardieu signale une particularité intéressante au point de vue médico-légal : c'est que les déments sont sujets, beaucoup plus souvent qu'on ne croit, à des hallucinations, à des illusions sensoriales, qui survivent, parfois de la manière la plus singulière, à l'abolition presque complète de l'exercice des facultés de l'esprit et des sens. Enfin certains déments sont sujets à des paroxysmes d'excitation, à des accès de délire, pendant lesquels ils peuvent se livrer, ou tenter de se livrer à des actes de violence.

Ces particularités ne doivent pas être ignorées du médecin légiste appelé à se prononcer sur la responsabilité de cette variété d'aliénés. En général, la constatation de la démence est facile, et la conséquence naturelle doit être l'interdiction, *au point de vue civil*, du sujet et sa mise en tutelle. Tardieu fait remarquer que l'on a généralement trop de tendance à admettre l'incapacité absolue pour les cas de démence incomplète, dans lesquels, sous l'influence de l'âge, quelques facultés seulement sont plus ou moins affaiblies.

mais dans lesquels survivent les sentiments vrais et une certaine dose de jugement. Suivant lui, on ne doit pas admettre l'invalidité radicale de tous les actes accomplis.

Au point de vue *criminel*, les déments sont absolument *irresponsables*. Dans ce cas, l'irresponsabilité doit être basée, non sur le fait d'une impulsion instinctive et irrésistible, mais simplement sur l'inconscience du sujet, sur l'obscurcissement du sens moral, et sur le retour à l'enfance, qui donne aux actes mêmes les plus violents un caractère de puérilité.

b. **Idiotie.** — L'idiotie est un vice originel et congénital, qui consiste dans l'absence complète ou dans l'arrêt de développement des facultés intellectuelles et affectives (Tardieu). C'est plutôt une infirmité qu'une maladie; elle diffère essentiellement de la démence. « L'homme en démence, dit Esquirol, est privé des biens dont il jouissait autrefois : c'est un riche devenu pauvre; l'idiot a toujours été dans l'infortune, dans la misère. »

Les idiots sont faciles à reconnaître aux caractères suivants: le crâne est trop gros ou trop petit, asymétrique ou anguleux, et présente les difformités les plus variées; — le front court et fuyant; — la face est large, plate, carrée; — les mâchoires, volumineuses et saillantes; — les dents noires, irrégulières, cariées et entourées à leur base par des gencives saignantes et fongueuses; — les lèvres sont épaisses et pendantes; — la bouche, largement fendue, laisse souvent écouler une salive épaisse et visqueuse; — les oreilles sont grandes, déplissées, vicieusement implantées; — la voûte palatine est déformée; — les yeux sont louches et le regard hébété; — la tête penchée se balance à droite, à gauche, sur un cou volumineux, court ou démesurément allongé; — la physionomie a un aspect stupide; — la taille est petite, difforme; — la colonne vertébrale, déviée en avant, en arrière ou sur les côtés; — le ventre est volumineux; — la main épaisse et pendante sur les hanches; — les jambes sont gauches, engorgées; — les articulations, d'une épaisseur énorme; — la démarche, titubante et incertaine; — la peau d'une couleur bistrée est souvent recouverte de scrofules. Tout leur extérieur en un mot est difforme et repous-

sant. — Le goût et l'odorat sont parfois pervertis au point qu'ils dévorent toutes les immondices qui leur tombent sous la main. L'intelligence est quelquefois tellement rudimentaire, qu'ils n'ont même pas les instincts les plus nécessaires à la conservation de la vie : ainsi il en est qui ne peuvent prendre le sein de leur mère, ou qui, plus tard, ne savent ni ne peuvent manger seuls (Calmeil, Tardieu, Esquirol, Legrand du Saulle). — Une circonstance que doit connaître le médecin légiste, c'est que l'instinct génital est quelquefois très développé, et peut porter l'idiot à commettre des attentats à la pudeur.

Au point de vue médico-légal, les idiots sont absolument *incapables* de diriger leurs biens, et *irresponsables* de leurs actes.

Tardieu range dans la même catégorie les *goitreux* et les *crétins*, qui peuplent certaines contrées montagneuses. Ces derniers présentent à peu près les mêmes caractères physiques que les idiots. Legrand du Saulle signale comme se rencontrant plus spécialement chez les crétins : la petitesse de la taille ; — une dépression transversale au-dessus de l'arcade sourcilière, dépression constante dans les formes graves du crétinisme ; — enfin la lenteur avec laquelle s'effectue le développement des sujets : la deuxième dentition et la puberté n'arrivent souvent qu'à l'âge de 18 ou 20 ans ; quelquefois même, elles n'ont jamais lieu.

Au point de vue intellectuel, on les distingue en trois catégories : 1° les *crétineux*, qui jouissent de la faculté de la parole, et d'un certain degré d'intelligence : les organes génitaux sont normalement développés ; ils sont capables de se reproduire ; — 2° les *demi-crétins* sont presque complètement dépourvus d'intelligence ; ils parlent difficilement et n'emploient qu'un certain nombre de mots ; leur taille ne dépasse pas 1 m. 50 ; leurs organes génitaux sont volumineux, et ils ont souvent des instincts érotiques d'une grande violence ; — 3° les *crétins complets*, entièrement dépourvus de facultés intellectuelles, privé du langage articulé et horriblement mal formés au physique ; leur taille ne dépasse pas 1 m. 20 ; leurs organes génitaux sont atrophiés.

Ces deux dernières variétés sont absolument *irresponsa-*

bles au point de vue médico-légal. Les crétineux sont responsables dans une certaine limite, très difficile à préciser du reste.

c. **Imbécillité.** — L'imbécillité est, comme l'idiotie, un vice originel caractérisé par une faiblesse radicale et innée des facultés intellectuelles. Monneret et Fleury la considèrent comme le premier degré de l'idiotie; les imbéciles tiennent le milieu entre les idiots et les individus sains (Legrand du Saulle).

Au point de vue *physique*, ils sont généralement bien conformés, et leur extérieur diffère peu du commun des hommes; à l'époque de la puberté, leur développement se fait d'une manière à peu près régulière.

Au point de vue *intellectuel*, pendant leur enfance, les imbéciles apprennent difficilement; ils ont peu de réflexion, de jugement et de mémoire; incapables d'attention, ils ne peuvent faire un travail soutenu et utile. Plus tard, les progrès de l'intelligence ne suivent pas le développement du corps; leur instruction s'arrête aux notions élémentaires; ils sont incapables de gérer leurs biens et se laissent facilement dominer par leur entourage. Presque toujours ils ont des sentiments pervers : ils sont irascibles, poltrons, vindicatifs, gourmands, orgueilleux, obstinés et en même temps changent d'idée avec une facilité extraordinaire.

Au point de vue *médico-légal*, l'imbécile doit être considéré comme *incapable* en matière civile, et *irresponsable* en matière criminelle. L'interdiction doit être considérée comme une mesure protectrice, absolument nécessaire pour éviter aux familles bien des malheurs.

Il peut en effet devenir dangereux et commettre des crimes, soit sans avoir l'intention de nuire, en s'amusant, sans comprendre la portée de ses actes; — soit pour se venger, le motif étant souvent futile et puéril; — soit enfin par suite d'une instigation quelconque : on lui promettra une récompense, ou on lui fera peur, etc. Dans ce cas, la responsabilité ne peut retomber sur lui, mais sur l'instigateur (Legrand du Saulle).

d. **Faiblesse d'esprit.** — Les faibles d'esprit ne sont pas toutà fait des imbéciles et encore moins des idiots; ils ne sont

pas absolument inintelligents, mais la somme d'intelligence qui leur est départie est inférieure à la moyenne du commun des hommes. Au point de vue *médico-légal*, les individus de cette catégorie ne peuvent être rangés parmi les incapables, et, à moins de circonstances exceptionnelles, l'expert a rarement à se prononcer sur leur état mental, soit au point de vue de la validité d'une donation, soit en vue d'un testament; il devra cependant tenir compte de cette faiblesse native, qui constitue une prédisposition originelle à la folie, et aboutit très souvent à une aliénation mentale des mieux caractérisées.

e. **Surdi-mutité.** — La question de la capacité et de la responsabilité légale des sourds-muets a donné lieu aux appréciations les plus diverses : la loi romaine assimilait les sourds-muets aux idiots; — Zacchias accepte à peu de chose près cette opinion; — Hoffbaüer considère que la privation de l'ouïe et de la parole les place, au point de vue de la capacité civile, dans une condition d'infériorité telle, qu'on devrait les soumettre à une surveillance spéciale, et qu'à l'époque de la majorité, ils ne devraient pas être affranchis de la tutelle, avant qu'on ait examiné s'ils ont des idées exactes de la vie civile; au point de vue criminel, Hoffbaüer admet le plus souvent l'irresponsabilité. — Suivant Itard, les sourds-muets qui ont reçu un commencement d'instruction ne peuvent, en principe, être considérés comme irresponsables. — Suivant Briand et Chaudé, les sourds-muets sont *capables*, toutes les fois qu'ils peuvent manifester clairement une volonté; au point de vue criminel, leur état d'infériorité physique doit, dans certains cas, modifier leur responsabilité. — Krafft-Ebing partage à peu près cette manière de voir, et pense que l'éducation, même la mieux réussie, ne parvient pas à combler chez le sourd-muet la lacune infligée à la vie intellectuelle par le manque de la parole. C'est également l'avis de M. Bonnafont. — Enfin, M. Lunier pense que, sans doute, on ne peut nier l'infériorité du sourd-muet de naissance, au point de vue du développement intellectuel; mais il lui parait irrationnel de le comparer à l'idiot. Il n'admet pas qu'on les considère tous indistinctement comme incapables; il pense au contraire que la capacité civile doit être présu-

mée chez le sourd-muet, et que la preuve du contraire doit être fournie, s'il y a lieu, par les intéressés. En droit criminel, on doit au contraire présumer l'irresponsabilité des sourds-muets. — Suivant Tardieu, il faut établir une distinction entre le sourd-muet qui n'a reçu aucune éducation, et celui qui possède une certaine instruction : dans le premier cas, le sourd-muet est absolument incapable et irresponsable, et doit être mis au même rang que le mineur ou l'imbécile; dans le second, au contraire, il agit en pleine connaissance de cause, et, au double point de vue qui intéresse le médecin expert, il ne diffère pas des autres hommes. — Ce n'est pas l'opinion de Casper, qui considère le sourd-muet comme un être toujours inférieur même en dépit des bienfaits de l'éducation; sa défectuosité physique constitue malgré tout, entre lui et le monde extérieur, une barrière infranchissable. En général, les expertises qui les concernent se rapportent presque toujours à la capacité de contracter et sont des affaires civiles; il s'agit ordinairement de décider si une tutelle imposée à un sourd-muet peut être levée ou non. Les affaires criminelles sont rares, et Casper conclut de ses observations que, au peu de développement de leurs facultés morales, se joint un très faible développement de leurs facultés appétives. Suivant lui, il n'y a qu'un moyen de communiquer avec un sourd-muet : c'est la conversation *par écrit;* les gestes ou les signes conventionnels sont insuffisants.

f. **Moribonds.** — Comme nous l'avons déjà dit précédemment, le médecin expert peut être appelé, *post mortem*, pour apprécier jusqu'à quel point un moribond peut être capable d'accomplir certains actes, tels qu'un mariage *in extremis*, un testament ou une donation. Suivant Tardieu, il est difficile de résoudre cette question d'une manière absolue; la réponse de l'expert dépendra du cas particulier, et des circonstances de la mort. D'après Lasègue, « l'état mental d'un malade atteint d'une affection, à laquelle le cerveau prend une part éventuelle et toujours secondaire, ne peut pas se déduire de la nature de la maladie. Un phthisique, une femme atteinte de péritonite, un goutteux, etc., succombent avec ou sans trouble de l'intelligence; si, comme il arrive

souvent aux derniers moments de la vie, l'intelligence est affectée, la mesure de ce désordre final échappe à toute prévision. Il en est autrement dans les maladies cérébrales, où la nature et la marche des accidents permettent au médecin de reconnaitre tout au moins le siège, sinon le degré de la lésion. »

B. — Des espèces de folie caractérisées par les impulsions instinctives.

Les impulsions instinctives qui sont la caractéristique de ce groupe, ont ceci de remarquable qu'elles sont soudaines, irrésistibles, inexpliquées, de courte durée, et qu'elles ne sont ni précédées, ni suivies de réflexions, ni enfantées par l'opération intellectuelle d'une logique soit saine, soit même déraisonnable. Les actes qui en dérivent sont en réalité involontaires, et ceux qui les commettent doivent être déclarés inconscients, partant irresponsables (Tardieu). Les fous de cette catégorie sont extrêmement dangereux.

Au point de vue *médico-légal*, l'expert ne devra pas oublier que l'appréciation portera ici, moins sur l'état des facultés intellectuelles, que sur celui des facultés affectives ou des instincts; la perversion qui domine est celle de la volonté, qui est, non pas abolie, mais opprimée, dominée en quelque sorte par une impulsion à laquelle elle est incapable de résister. Aussi les circonstances de l'acte en lui-même devront-elles souvent occuper une place prépondérante, dans la constatation de l'état mental, parce que cet acte est quelquefois la manifestation unique de cette perversion des instincts.

Les types de fous qui rentrent dans cette catégorie sont : 1° les *épileptiques*, — 2° les *idiots* et les *imbéciles*, — 3° les *dégénérés* et les *excentriques*, — 4° les *alcoolisants*, — 5° les *hypochondriaques*, — 6° les *hystériques*, — 7° les *femmes enceintes*, — 8° les *femmes récemment accouchées* ou *nourrices*.

1° **Epileptiques**. — C'est une des variétés de folie les plus répandues. On compte en effet en France quarante mille épileptiques, ainsi répartis : quatre mille sont séquestrés comme aliénés; trente-six mille vivent en liberté. Ajoutons

que c'est aussi une des plus méconnues. Legrand du Saulle a étudié tout particulièrement l'épilepsie [1], et nous lui empruntons les principaux détails qui suivent.

Au point de vue clinique, on peut diviser les épileptiques en cinq classes distinctes : les épileptiques *proprement dits*, — les épileptiques *aliénés*, — les épileptiques *larvés*, — les épileptiques *alcooliques*, — et les épileptiques *paralytiques*.

Voici à quels caractères on peut reconnaître ces différentes catégories.

Epileptiques proprement dits. — L'épilepsie est caractérisée par trois ordres de phénomènes somatiques : le *vertige*, l'*accès incomplet* et l'*attaque convulsive*. Ces trois états peuvent exister chez le même individu et alterner capricieusement, ou bien il n'y en a que deux, quelquefois même un seul, qui se reproduit invariablement de la même manière, à des époques plus ou moins régulières.

Vertige. — « Le sujet affecté de vertige, dit Legrand du Saulle, jouit de toutes les apparences de la santé, s'occupe d'un travail ou cause tranquillement, quand tout à coup il pâlit un peu, s'arrête, parait surpris, interrompt sa phrase, conserve les yeux fixes, lâche l'objet qu'il tient à la main ou le lance convulsivement loin de lui, et reste ainsi immobile pendant quatre, huit, dix secondes ou plus. Il pousse un soupir, achève ce qu'il disait et ne se doute pas souvent qu'il vient d'être malade. Il n'est pas tombé, n'a rien vu, rien entendu, rien senti; il a été isolé du monde extérieur; il a été absent. Quelquefois, à la suite d'un simple vertige, les malades restent troublés pendant quelques secondes, quelques minutes, quelques heures. Etonnés, ahuris, demi-hébétés, ils balbutient quelques mots incohérents ou orduriers, déboutonnent machinalement leurs vêtements, découvrent leurs organes génitaux, arrivent dans un salon, au théâtre ou à l'église, font des gestes choquants, se mettent à genoux, baisent la terre, répètent un certain nombre de fois le même mot ou le même acte, ou bien encore sont rencontrés tout nus dans leur escalier, dans la cour de leur

1. Legrand du Saulle, *Études médico-légales sur les épileptiques*. Paris, 1877.

maison, ou se montrent ainsi sur la voie publique. Revenus à eux-mêmes, ils ne se souviennent absolument de rien, apprécient l'étrangeté de leur conduite, s'excusent et indemnisent s'il y a lieu. »

Ce vertige, malgré son instantanéité, peut, comme l'accès incomplet de l'attaque convulsive, avoir pour conséquence les actes les plus criminels, avec cette particularité intéressante à noter, que ces actes se reproduisent identiquement les mêmes, de la même façon et dans les mêmes circonstances. C'est là une des caractéristiques du vertige épileptique.

Accès incomplets. — C'est un état intermédiaire entre le vertige et l'attaque convulsive, caractérisé par des mouvements convulsifs partiels ou plutôt des contractions involontaires de certains muscles de la face ou des membres, du mâchonnement et une sorte de déglutition automatique. « Le malade, dit Legrand du Saulle, s'arrête tout à coup dans n'importe quelle position : sa tête tourne lentement d'un côté, sa face pâlit un peu et revêt surtout une expression d'étonnement indigné, de terreur ou de fureur; puis l'un des côtés du corps se raidit, la respiration se suspend, le visage se colore, un certain mâchonnement se produit, et l'on entend dans la gorge un bruit analogue à celui de la déglutition qui se fait à vide. Il n'y a ni cri initial ni chute. Au bout de dix à trente-cinq secondes, tout rentre dans l'ordre et l'on n'observe plus que de la demi-hébétude et de la lourdeur de tête. » Ces crises se reproduisent à des époques fixes ou irrégulières, et toujours avec les mêmes caractères; elles sont calquées les unes sur les autres, identiques, en tout point stéréotypées. Ici, la perte de connaissance n'est pas absolue, comme dans l'attaque convulsive ou le vertige; le malade a comme un souvenir confus qu'il vient de lui arriver quelque chose de douloureux ou d'horrible; il peut même reconstituer à grand'peine, retracer quelques réminiscences partielles de son aventure psychique; il bredouille, fait entendre quelques mots incohérents et peu compréhensibles ou quelques monosyllabes trahissant une émotion profonde ou une vive frayeur. Quelquefois, il répète assez distinctement le même mot, un grand nombre de fois, et

cela avec une étrange volubilité. Dans certains cas enfin, à la suite d'un accès incomplet, l'individu paraît absolument revenu à lui; il parle, va et vient, s'occupe de ses affaires sans qu'on puisse remarquer rien d'anormal dans son état mental, puis il est repris d'un nouvel accès, et, quand tout est de nouveau fini, il a complètement oublié tout ce qu'il a dit ou fait pendant l'intervalle de lucidité apparente.

Ajoutons enfin que ces accès incomplets peuvent ne survenir que la nuit, et n'être soupçonnés ni par le malade ni par sa famille (Duménil, Marc). Le diagnostic est alors difficile à établir, et le médecin légiste doit toujours songer à la possibilité de ces attaques nocturnes.

L'*impulsion*, phénomène psychique en vertu duquel un individu est impérieusement poussé à commettre un acte, est fréquente chez les épileptiques, et peut suivre immédiatement le vertige ou l'accès incomplet. Elle est en général brusque, impérieuse et irréfléchie. C'est une sorte de convulsion mentale qui ne laisse après elle qu'un souvenir confus ou nul du crime accompli; elle est souvent précédée d'une sensation particulière, une sorte d'*aura* qui part d'un point déterminé du corps et monte rapidement au cerveau. Cette sensation permet quelquefois au malade d'avertir qu'il va frapper et devenir dangereux.

Attaques convulsives. — L'attaque d'épilepsie franche, dont nous verrons plus loin la description à l'occasion des maladies simulées, peut survenir subitement sans aucun prodrome, ou bien être précédée d'un ensemble de symptômes, qui permettent au malade d'annoncer l'attaque quelques heures ou quelques minutes avant son apparition. Ce sont des douleurs céphalalgiques plus ou moins intenses, des soubresauts, une sorte d'*aura frigida*, une sensation subite de froid, et surtout des modifications du caractère : le malade est morne, taciturne, irritable, hargneux, distrait et parait manquer de mémoire; ou bien, au contraire, il est loquace, expansif et bienveillant. Quelques minutes avant la crise, il évoque tout à coup un souvenir, répète une idée, aperçoit des étincelles, des flammes; entend une sonnerie, un grincement, un sifflet; perçoit un goût de cuivre, sent une odeur de soufre, de fumée ou de gaz, puis

il tombe. L'attaque, constituée par des convulsions toniques, puis cloniques, dure de 20 à 140 secondes, pendant lesquelles le malade est absolument insensible aux excitants extérieurs; l'accès terminé, l'épileptique est engourdi, hébété, abattu, cherche en vain à rappeler ses souvenirs, ses idées. Ce n'est qu'au bout d'une ou plusieurs heures qu'il revient à l'état normal.

Quelquefois, cette attaque convulsive se termine par un accès subit et tout à fait transitoire d'aliénation mentale, dont les traits les plus caractéristiques sont : le besoin automatique de mouvement et de fuite; — la tendance instinctive et indéterminée à vagabonder inconsciemment, pieds nus, à peine vêtu, sans boire ni manger, n'importe dans quelle direction et à n'importe quelle heure; — la fureur, qui porte les malades à épuiser leur rage aveugle contre autrui ou contre eux-mêmes; — l'inutilité, la férocité et la multiplicité des agressions homicides; — le nombre insolite des blessures, les victimes étant parfois déchiquetées; — l'absence ultérieure de tout regret et de tout remords.

La perpétration du crime semble causer une détente, un soulagement, une sorte de satisfaction chez le meurtrier, qui revient progressivement au calme et à la raison; mais il a absolument perdu le souvenir de ce qui s'est passé.

Le diagnostic est facile lorsqu'on a assisté à l'attaque convulsive et à la folie passagère qui l'a suivie; mais, le plus ordinairement, l'expert est consulté plus ou moins longtemps après l'accès, lorsque le malade est revenu à lui sous le coup d'une accusation capitale. Legrand du Saulle insiste beaucoup, avec Trousseau, sur la valeur diagnostique de l'*incontinence nocturne d'urine*, au point de vue de l'existence de l'épilepsie.

Epileptiques aliénés. — L'aliénation mentale se manifeste chez l'épileptique : soit par une diminution plus ou moins profonde de l'intelligence et de la mémoire, avec dépression habituelle; — soit par des accès de délire maniaque éclatant tout à coup ou précédés de céphalalgie, d'accablement ou de tristesse. Le malade, dit Legrand du Saulle, ne tient plus en place : il parle, gesticule, s'excite, récri-

mine, menace, crie, déchire, brise, hurle, frappe et mord. Sa face se colore; ses yeux sont brillants, presque flamboyants; son regard est tragique; sa salive s'échappe. Terrifié par la vue du feu ou du sang, de cadavres horribles ou de spectres grimaçants, par des voix insultantes ou par d'infectes odeurs de soufre, de fumée ou d'excréments, rien n'égale la fureur de ses emportements. Cependant, pendant cette scène furibonde, l'épileptique est moins incohérent que le maniaque ordinaire; il saisit ce qu'on lui dit et y répond; mais, l'attaque passée, il ne se souviendra de rien. Ces accès, généralement de courte durée, se reproduisent toujours les mêmes.

Epileptiques larvés. — L'épilepsie peut exister à l'état latent, et déterminer les mêmes troubles spéciaux de la sensibilité, les mêmes perturbations intellectuelles, morales et affectives que l'épilepsie vulgaire. Voici, suivant Legrand du Saulle, quels en sont les principaux symptômes : sorte d'*aura* préalable assez fréquente; — irascibilité subite, excessive et non motivée; — excitation périodique, suivie d'accablement, d'étonnement et de demi-stupeur; — illusions et hallucinations de la vue, d'un caractère sinistre et terrifiant; — rêves effrayants ou horribles; — exaltation de la sensibilité; — absences passagères de lucidité, de raison et de liberté morale; — impulsions instantanées et irrésistibles; — actes violents et agressifs; — tendances homicides et suicides; — besoin automatique de marcher tout droit devant soi, sans direction et sans but; — longues courses, inconscientes parfois; — mélange de sentiments religieux et de pratiques obscènes ; — répétition invariable des mêmes mots, des mêmes idées, des mêmes conceptions délirantes, des mêmes emportements, des mêmes impulsions, des mêmes sensations, des mêmes actes indélicats, immoraux, violents, incendiaires ou attentatoires à la vie d'autrui ; — tentatives de mort volontaire dans des circonstances insolites et toujours semblables; — perte du souvenir des choses dites et des actes accomplis; — niveau intellectuel fléchissant par degrés; — asymétrie crânienne ou faciale; — suspension possible de tous les phénomènes observés par l'usage méthodique et prolongé du bromure

de potassium ; — épilepsie convulsive finissant souvent par apparaître ou démence finale.

Epileptiques alcooliques. — Cette épilepsie toxique, comme l'appelle Legrand du Saulle, a des caractères spéciaux, une marche irrégulière et une forme insidieuse; elle est dominée par une influence capitale, la prédisposition héréditaire, et se développe moins souvent chez l'individu qui s'énivre de temps en temps, mais reste sobre dans l'intervalle de ces excès, que chez celui qui absorbe chaque jour, sans ivresse, une quantité trop forte d'alcool, et qui vient à dépasser accidentellement son niveau personnel de saturation accoutumée. Elle éclate rarement dans le cours de l'alcoolisme aigu, et peut débuter brusquement lorsqu'elle ne se montre que sous la forme de vertiges et d'impulsions ; lorsqu'elle doit se manifester par des attaques convulsives et de la fureur, elle s'annonce la veille ou l'avant-veille par l'ensemble des symptômes suivants : céphalalgie, embarras gastrique fébrile, cauchemars, insomnie, secousses brusques, tremblement de la langue, des lèvres et des mains, bourdonnements d'oreilles, fourmillements, sensation de froid glacial le long de la colonne vertébrale, avec conservation des facultés intellectuelles; quelquefois, suivant Magnus Huss, des troubles de la vision, des scintillements, des éclairs, des mouches volantes, des amauroses subites de quelques secondes, des éblouissements et des défaillances syncopales. Legrand du Saulle insiste sur ce fait que, dans l'épilepsie alcoolique, le vertige a très souvent le caractère de la syncope et non celui de la congestion. Le vertigineux alcoolique est porté invariablement à frapper autrui ou à se frapper lui-même brusquement sans aucune transition.

Ces accidents disparaissent d'eux-mêmes dès que le malade renonce pendant quelque temps à ses habitudes alcooliques.

L'attaque convulsive proprement dite ressemble beaucoup à l'attaque d'épilepsie ordinaire ; mais les suites en diffèrent sensiblement : l'épileptique alcoolique, la crise convulsive passée, s'agite, gesticule, crie et vocifère ; il est inquiet, effrayé, terrifié ; son œil brille ; ses muscles labiaux,

sa langue et ses mains tremblent. Il voit des poux, des puces, des souris, des chats, des serpents, des chiens, des lions, des fantômes, des spectres; il entend des sonneries, des grincements de serrures, des trompettes, des milliers de voix autour de l'échafaud dressé pour lui, des chants funèbres, des coups de canon, et il entend même clouer son cerceuil. Il cherche alors à fuir, frappe indistinctement autour de lui, se précipite par la fenêtre, monte sur un toit, se jette dans le puits, s'arme de tout ce qu'il trouve, et, comme il croit défendre sa vie menacée, il s'acharne dans la lutte et s'épuise dans la violence (Legrand du Saulle). Cependant, au milieu de ce délire, il conserve une certaine notion de son identité, et peut encore fixer son attention pendant quelques instants. Une fois la crise passée, il se souvient de ses emportements, de ses terreurs imaginaires, mais non de sa crise épileptique. Les tentatives de suicide sont *fréquentes*, dans cette forme, après le crime commis; elles sont *rares* au contraire dans l'épilepsie ordinaire. Il y a là une différence importante à noter.

Cette attaque franche d'épilepsie alcoolique peut s'observer, aussi bien dans le cours de l'alcoolisme aigu que dans l'alcoolisme chronique; dans cette dernière forme, on observe plus souvent des *convulsions épileptiformes*, qui se manifestent par des accès irréguliers, à des intervalles très variables, et se terminent par une prostration profonde, avec affaiblissement des sens et diminution de la liberté morale; pendant la convulsion, le malade conserve le plus souvent une demi-conscience de ce qui se dit et se fait autour de lui, ce qui n'existe pas dans l'attaque d'épilepsie vraie.

Epileptiques paralytiques. — Cette variété d'épilepsie n'a aucun rapport avec les accès épileptiformes qu'on observe surtout au début et à la fin de la paralysie générale des aliénés; elle consiste dans des attaques d'épilepsie franches survenant, sous forme d'accès isolés d'une violence extrême et d'impulsions irrésistibles, dans le cours de la paralysie générale, principalement à la période prodromique de cette affection ou même longtemps avant. Elle présente d'ailleurs les mêmes signes physiques que l'atta-

que épileptique ordinaire. Lorsqu'un accès de ce genre se produit en dehors de toute cause alcoolique, on doit toujours songer à la possibilité d'une invasion ultérieure de la paralysie générale. (Billod, Scipion Pinel.)

Epileptiques homicides. — Les crimes commis par les épileptiques sont caractérisés par les signes suivants : absence de motif, — manque de préméditation, — soudaineté et énergie de la détermination, — férocité dans l'exécution, — déploiement d'une violence insolite et multiplicité des coups, — nulle dissimulation dans l'accomplissement de l'attentat et nul soin de se cacher après, — indifférence absolue, — absence de tout regret et de tout remords, — oubli total ou réminiscences confuses et partielles de l'acte perpétré.

Degré de responsabilité des épileptiques. — Suivant Legrand du Saulle, au point de vue médico-légal, on peut diviser les épileptiques en trois catégories : — 1° ceux dont la névrose n'a point retenti sur l'intelligence, qui vont et viennent à leurs affaires, réussissent dans leur milieu et sont même parfois assez heureux pour dissimuler leur état; ils sont *responsables;* — 2° ceux qui ne présentent que passagèrement des troubles des facultés intellectuelles pendant ou après leurs vertiges, leurs accès incomplets ou leurs attaques convulsives, et qui, dans de longs intervalles, jouissent de la complète intégrité de leur raison; ils sont *partiellement responsables;* — 3° ceux dont l'esprit est altéré profondément et d'une manière permanente, dont l'aliénation est acquise et presque irrémédiable, et qui, lorsqu'ils ne sont point soumis à un traitement continu et très surveillé, constituent dans les établissements spéciaux un groupe de malades agités, impulsifs, furieux et très dangereux; ils sont *irresponsables.*

Cette sorte de loi médico-légale proposée par Legrand du Saulle n'a pas été adoptée par tous les médecins, et, sur cette grave question de la responsabilité des épileptiques, les opinions sont partagées. Suivant Gallard, on ne doit pas poser l'irresponsabilité comme un principe; il faut dire, au contraire, qu'en principe, l'épileptique est responsable et que sa responsabilité ne disparait que dans quelques cas. — Sui-

vant Béhier, Lunier et Falret, la proportion inverse serait plus vraie; ils pensent que, s'il y a une présomption dont on puisse poser le principe, quand il s'agit d'actes criminels commis par des épileptiques, c'est bien plutôt celle de l'*irresponsabilité*. La Société de médecine légale [1], après une longue décision, a adopté à l'unanimité la conclusion suivante proposée par Béhier : « Il n'y a aucune règle générale à poser pour l'appréciation de l'état mental des individus atteints d'épilepsie. L'examen de chaque cas particulier est indispensable pour déterminer le degré de responsabilité légale du malade. »

Quant à l'appréciation médico-légale d'un acte commis par un épileptique, c'est toujours une question d'espèce, et l'expert ne doit jamais raisonner que sur le cas particulier qui a été soumis à son examen : un épileptique étant donné, le médecin légiste doit procéder absolument comme s'il avait sous les yeux un cas d'affection mentale, et juger d'après l'ensemble des symptômes et non d'après un seul. Suivant Falret, pour reconstituer le tableau général de la maladie, il devra puiser aux trois sources suivantes :

1° Il s'appuiera sur les caractères et la marche des accès de délire, dans leurs rapports avec les accidents physiques de l'épilepsie. Ainsi il constatera que le délire s'est produit sous forme de crises survenues sans convulsions, sans accès incomplets et sans vertiges, ou bien en rapport direct avec ces symptômes physiques; que ces crises ont été relativement courtes; qu'elles ont eu une invasion et une cessation rapides; enfin qu'elles se sont reproduites à intervalles plus ou moins rapprochés dans la vie antérieure du malade ou bien dans la prison.

2° Il se fondera sur les caractères physiques et moraux des crises, qui consistent principalement dans le vague et dans l'obtusion des idées, la production d'impulsions violentes et instantanées, le besoin de marcher sans but, de frapper ou de briser sans motifs, et la confusion extrême des souvenirs après la disparition du délire.

1. *Annales de la Société de médecine légale*. Séance du 14 juin 1875. Discussion à laquelle prirent part MM. Chaudé, Lunier, Béhier, Gallard, Falret, Devergie, Mottet et Manuel.

3° Enfin, il se basera sur les caractères des actes eux-mêmes accomplis pendant ces crises délirantes, caractères que l'on peut résumer en disant que ces actes sont violents, automatiques, instantanés et non motivés.

En résumé conclut Legrand du Saulle :

1° Les actes accomplis par les épileptiques demeurent discutables;

2° Lorsqu'un prévenu est épileptique, il y a toujours lieu de rechercher quel pouvait être son état mental au temps de l'action.

A. Si ce prévenu était sain d'esprit, il est responsable.

B. Si son entendement était partiellement lésé, il doit jouir des bénéfices d'une pénalité atténuée, et proportionnelle, en quelque sorte, au degré de résistance morale qui a pu être opposé.

C. S'il était aliéné, il est irresponsable.

Capacité civile des épileptiques. — On doit considérer comme valables les actes civils, accomplis en dehors du trouble intellectuel temporaire qui précède ou qui suit l'accident comitial, excepté bien entendu pendant l'état permanent de folie épileptique confirmée.

La question de capacité civile des épileptiques peut être soulevée dans une foule de cas, mais particulièrement à l'occasion de la séquestration, de l'interdiction du mariage, de la responsabilité civile, de la comparution en justice, des contrats, ventes ou marchés, de l'exercice de la tutelle ou de la curatelle, et enfin des testaments.

Ce que nous avons dit précédemment sur la capacité des fous (voir p. 87) en général s'applique également aux épileptiques.

2° Idiots et Imbéciles. — Ils peuvent être, comme les épileptiques, sujets à des impulsions morbides qui leur font commettre des actes criminels ou délictueux, dont ils ne sont nullement responsables. Ils obéissent non à la réflexion, mais à leurs instincts; un de ceux qui prédominent, la disposition érotique, doit particulièrement attirer l'attention des médecins légistes; ils peuvent en effet, sous cette influence, se livrer à des violences pour satisfaire leurs passions sur la première femme qu'ils rencontrent. Dans d'autres circons-

tances, ils commettent des actes stupides assez graves pour entraîner la mort : l'un par exemple verse du plomb fondu dans l'oreille d'un nouveau-né; l'autre enfonce des épingles dans les yeux et la bouche de l'enfant qu'on lui donne à garder (Gérard, Marchant). Quelquefois encore, on observe chez eux des tentatives de suicide, rarement sérieuses du reste; enfin un dernier crime, pour lequel les idiots et les imbéciles semblent avoir une prédilection marquée, c'est de mettre le feu, d'allumer des incendies, non pour se venger ou nuire à quelqu'un, mais par une sorte d'entraînement instinctif, dont il est impossible de se rendre compte (Tardieu). Car presque toujours, le feu une fois allumé, ils viennent concourir à l'éteindre, conservent avant, pendant et après une impassibilité qui indique une profonde dépravation morale. Lorsqu'ils sont accusés, ils cherchent à s'excuser par des raisons plus ou moins banales : le plus souvent, on le leur a conseillé; ils ne savent pourquoi ils ont cédé; ils imaginent des explications les plus contradictoires et cherchent plutôt à discuter qu'à se défendre (Lasègue).

Au point de vue *médico-légal*, ils échappent naturellement à toute responsabilité (Lasègue, Tardieu).

Cette monomanie incendiaire (*pyromanie*) s'observe surtout chez les habitants de la campagne; elle ne se développe presque jamais dans les villes.

3° **Dégénérés et excentriques.** — Tardieu désigne sous ces noms des individus, fils ou descendants de fous ou d'épileptiques ou d'imbéciles, qui ne sont pas intellectuellement des imbéciles, « mais qui, dans l'ensemble de leur vie, dans l'excentricité de leur conduite, dans les défaillances de leur nature morale, dans leur absolu défaut de jugement, dans l'inconscience surtout de leurs actes viennent prendre très légitimement place dans le cadre de la folie. » Ces fous excentriques, pour qui on a créé les mots de *folie lucide*, *manie sans délire*, *manie raisonnante*, etc., sont cent fois pires que les véritables aliénés et, par leur absence absolue de sens moral, deviennent le malheur et la honte de leur famille. Pour les tribunaux et les médecins, ils constituent un véritable embarras, parce que souvent ils ne sont pas assez fous pour qu'on puisse prendre à leur égard

des mesures de protection légales. C'est ainsi qu'ils peuvent commettre des vols, des abus de confiance, des escroqueries ou des faux, pour lesquels il n'est pas toujours facile de prouver le degré de responsabilité. Un des traits les plus caractéristiques de cette variété de fous consiste dans une persécution obstinée contre telle ou telle personne de leur entourage ou contre des personnages haut placés. Ces *aliénés persécuteurs*, comme les appelle Lasègue, poursuivent avec acharnement leur victime de leurs écrits, de leurs plaintes, de leurs réclamations incessantes, et vont quelquefois même jusqu'à l'insulte, aux menaces et aux voies de fait. Le plus ordinairement, au bout de quelques années, les facultés intellectuelles de ces dégénérés excentriques déclinent plus ou moins rapidement, pour aboutir à la folie paralytique ou à la démence.

4° **Alcoolisants.** — Au point de vue de la responsabilité, il faut établir une distinction entre l'*ivresse* et l'*alcoolisme* chronique.

Ivresse. — En France, l'ivresse est considérée par les tribunaux comme « un fait volontaire et répréhensible, et ne peut jamais constituer une excuse que la morale et la loi permettent d'accueillir »; elle constitue encore le plus souvent une circonstance aggravante du crime et de la pénalité. En Prusse, au contraire, le code considère un homme en état d'ivresse comme un véritable maniaque, et par suite, comme irresponsable de ses actes (Casper). Suivant Legrand du Saulle, il y a exagération dans les deux sens, le degré de responsabilité de l'homme ivre pouvant donner lieu à un très grand nombre d'interprétations, il lui semble difficile de pouvoir tracer des règles fixes et absolues. Il faut tenir grand compte des circonstances dans lesquelles l'ivresse et l'acte incriminé se sont produits : évidemment la responsabilité différera, suivant que le délit ou le crime aura été commis : par un homme dont le passé est à l'abri de tout reproche et dont l'ivresse a été tout à fait accidentelle; — ou bien par un individu qu'on aura grisé pour lui faire commettre un crime; — ou bien enfin par un malfaiteur qui s'est énivré avant pour se monter la tête et se donner du courage.

Une autre difficulté, c'est de déterminer à quel degré d'intoxication alcoolique apparait ce qu'on appelle l'*ivresse*. — Il y a en effet trois périodes dans l'ivresse; la première est caractérisée par l'exaltation des facultés intellectuelles, une loquacité plus grande qu'à l'ordinaire; le sujet laisse échapper des paroles irréfléchies ou indiscrètes, mais sa conscience est intacte, il est maitre de ses sens et de ses actes, il peut se laisser aller à des actions en dehors de son caractère habituel, mais il ne commet pas d'actes violents. — A la seconde période, quand l'ivresse augmente, et que les phénomènes congestifs viennent altérer les fonctions cérébrales, la dissociation des idées et l'incohérence des paroles augmentent, l'ivrogne n'a plus conscience de ses actes, ses passions s'allument et éclatent avec plus ou moins de violence, suivant son tempérament : on a affaire alors à un maniaque furieux, aussi dangereux pour lui-même que pour les autres. — Enfin à la troisième période survient un sommeil profond, apoplectique, accompagné de stertor respiratoire; l'homme ne peut plus disposer ni de ses forces corporelles, ni de ses facultés mentales; il tombe comme une masse inerte sans connaissance et sans mouvement. A ce degré, il est absolument inoffensif.

Il est évident que la responsabilité n'est pas la même dans ces trois périodes, mais il est difficile de préciser à quel moment le sujet a cessé de pouvoir juger la valeur de ses actes.

Alcoolisme. — L'*alcoolisme* proprement dit ou *folie alcoolique* est le résultat de l'usage habituel et immodéré des boissons alcooliques. Cet abus est tellement répandu qu'on a été obligé d'édicter une loi pour en arrêter les progrès (Loi sur l'ivresse du 23 janvier 1875). L'ivresse n'est pas la *folie*, mais, lorsqu'elle dégénère en habitude, elle y mène facilement; il est bon de faire remarquer que les gens qui s'enivrent de temps en temps, mais qui restent sobres dans l'intervalle de leurs excès, sont beaucoup moins exposés à l'alcoolisme chronique et à ses accidents, que ceux qui prennent chaque jour une dose d'alcool exagérée, mais insuffisante pour déterminer l'ivresse.

L'alcoolisme peut se présenter sous deux formes, que le médecin légiste ne doit pas confondre :

a. La forme *aiguë*, désignée encore sous le nom de *delirium tremens*, qui survient le plus ordinairement chez les alcoolisés qui dépassent momentanément leur dose habituelle, peut être provoquée par une violente émotion morale ou l'apparition d'une maladie aiguë (érésipèle, variole, pneumonie). L'accès peut débuter tout d'un coup ou être précédé, pendant un jour ou deux, d'un malaise indéfinissable avec de la céphalalgie, de l'embarras gastrique et de l'insommie; puis le délire éclate d'emblée, extrêmement violent : le malade crie, vocifère, gesticule, menace et injurie des êtres imaginaires; sa physionomie exprime la terreur et l'inquiétude; — la voix est tremblante; — la langue sort de la bouche et est animée, comme les lèvres, d'un tremblement convulsif; — le pouls est petit, non fébrile; — l'attitude du corps incertaine, la démarche mal assurée; — les mains agitées de tremblements; — les hallucinations sont la caractéristique de cet accès délirant : le malade voit autour de lui des animaux de toutes sortes, des rats, des chiens, des loups qui grimpent sur son lit, après ses rideaux, des lions, des tigres, des serpents qui vont le dévorer; d'autres fois des figures grimaçantes, des spectres, des fantômes qui le menacent de la voix et du geste. Ces hallucinations *terrifiantes* le jettent dans une épouvante indéfinissable; aussi cherche-t-il à les fuir, sans tenir compte d'aucun danger; il se précipite par la fenêtre ou dans un puits, etc.; d'autres fois il commettra des actes de violence ou un meurtre pour se délivrer de ses ennemis imaginaires (Marc). Pendant toute la durée de l'accès, l'insommie est complète; ajoutons que la conscience du moi n'est pas tout à fait abolie; on peut obtenir du sujet une réponse sensée en l'interpellant d'une voix brève et impérieuse (Legrand du Saulle); enfin la mémoire est conservée, et le malade peut plus tard rendre compte de ses actes et de ses sensations. — Cet accès dure de deux à six jours et peut se terminer par la guérison, la mort ou la persistance du délire qui se calme, se transforme et devient une des formes de l'aliénation mentale; le sujet reste aliéné, maniaque ou dément, ou succombe à une paralysie générale.

Au point de vue *médico-légal*, pendant toute la durée du

délirium tremens, l'alcoolisé ne peut être considéré comme responsable de ses actes, et la meilleure mesure à prendre à son égard, est la séquestration dans une maison spéciale jusqu'à guérison complète de l'accès, c'est-à-dire jusqu'à la disparition de l'insommie, des cauchemars et des hallucinations. Quelquefois même, on ne doit lui rendre la liberté qu'après un long temps de convalescence, dans les cas par exemple, où le sujet a commis des actes de violence ou des crimes pendant ses accès de *delirium tremens*; il devient en effet un danger pour la société par la facilité des rechutes, sous l'influence des moindres excès alcooliques.

b. La forme *subaiguë*, *chronique* de l'intoxication alcoolique présente l'ensemble des symptômes suivants : tremblement des mains, des lèvres et de la langue, surtout le matin; — diminution des forces générales nécessitant le besoin de se donner du ton; — le soir avant de s'endormir, sensation de fourmillements aux pieds ou aux jambes, courbature et crampes dans les mollets; puis fourmillements le jour dans les membres inférieurs et quelquefois les bras; — marche vacillante, fatigue rapide; — maladresse anormale due à la diminution de la sensibilité du bout des doigts; — perte à peu près complète de la sensibilité aux orteils; — dilatation des pupilles avec diminution de la vue : les contours des objets sont d'abord indécis, puis lumineux, plus tard noirs et opaques; la lecture est difficile, le malade voit danser devant lui les caractères d'imprimerie; — hallucinations habituelles : l'alcoolisant voit courir dans sa chambre des animaux de toute espèce; il aperçoit des fantômes, des spectres, des figures grimaçantes; il entend des bruits inquiétants, terrifiants; — sommeil court, pénible, agité de rêves effrayants; — étourdissements; — affaiblissement de plus en plus marqué au physique comme au moral; — modification profonde de caractère : l'ivrogne tombe dans une indifférence complète; il devient paresseux, abandonne son état. — Son caractère change, il devient irascible, violent, emporté; son langage est grossier, ses manières brutales. A une époque plus avancée, suivant l'expression populaire, c'est un véritable abruti : plongé dans une hébétude presque continuelle, dans une immobilité qui dure des heures

entières, il répond à peine à ce qu'on lui dit ; il commence bientôt à avoir du dégoût pour les aliments ; l'appétit, capricieux d'abord, diminue et s'éteint peu à peu ; les digestions se troublent, et tous les matins l'estomac rejette du liquide acide filant et bilieux (pituites). Quelquefois à cette hébétude ordinaire succède, sous l'influence de nouveaux excès, des périodes d'excitation qui provoquent des actes où l'on retrouve les caractères de l'impulsion morbide.

Sa langue se fendille, le pharynx rougit et se dessèche ; le sujet maigrit, sa peau se parchemine et prend une teinte grise un peu terreuse.

Le plus souvent, il devient sombre et soupçonneux, croit qu'on veut l'empoisonner, refuse les aliments et tombe dans un état de folie mélancolique, de délire des persécutions qui conduit plus rarement que le délire des persécutions idiopathiques à des attentats contre les personnes ; le plus souvent, cet état de dépression morale mène au suicide. Le caractère dominant de l'état mental des fous alcoolisés est en effet la pusillanimité, la terreur (Legrand du Saulle).

Le degré de *responsabilité* chez l'alcoolisant s'établit d'après l'ensemble des symptômes et surtout la période de la maladie ; responsable le plus souvent au début, l'alcoolique cesse de l'être lorsqu'il est démontré qu'il a obéi à une force impulsive ou qu'il est tombé en état de démence.

5° **Hypochondriaques.** — Suivant Esquirol, on rencontre parfois des hypochondriaques non aliénés chez lesquels les préoccupations de leur physique ont fini par altérer tellement les facultés affectives qu'ils peuvent, sous l'influence d'une contrariété violente, arriver à un véritable état d'aberration, et commettre des actes plus ou moins insensés, des violences même dont ils ne sont réellement pas responsables.

Parmi les hypochondriaques, il existe une variété d'individus qui appartiennent à cette forme de folie appelée *folie raisonnante* ou *folie du doute*, étudiée par Jules Falret père et Legrand du Saulle. Suivant ce dernier, cette *folie du doute* (avec *délire du toucher*) est une des variétés nosologiques de la folie avec conscience, et a été considérée à tort comme faisant partie tantôt de l'hypochondrie, tantôt de l'hystérie. C'est une forme d'aliénation spéciale, caractérisée

par des symptômes propres, qu'on ne trouve pas dans les autres variétés de folie.

D'une manière générale, c'est « une affection non continue, procédant par bonds, par poussées, avec des périodes suspensives assez longues pour faire croire à des guérisons définitives. Son évolution, essentiellement lente, chronique, présente *trois périodes* bien distinctes. La *première*, compatible avec la santé physique et intellectuelle, consiste dans l'apparition spontanée, involontaire et irrésistible de certaines séries de pensées sur des sujets indéterminés, théoriques, abstraits ou ridicules, sans illusions, sans hallucinations des sens. Ces séries de pensées se traduisent par des points d'interrogation posés à part soi, par un sentiment à la fois profond et vague de doute, par une sorte de délibération interne essentiellement monotone, opiniâtre, oppressive, sur les mêmes choses, et, dans quelques cas, par la représentation mentale de certaines images, ainsi que par des préoccupations fixes, attitrées et relatives à ces images. La lutte est silencieuse; le sujet ne dit rien de ce qu'il éprouve. — A la *deuxième période :* révélations inattendues à la famille, aux amis et à l'entourage ; scrupules exagérés ; craintes chimériques ; appréhensions et angoisses ; idées de suicide et parfois tentatives de mort volontaire ; accès véritables d'excitation avec aura épigastrique préalable ; aversion pour un animal ; diminution appréciable du doute et des interpellations personnelles ; besoin maladif de rabâcher les mêmes choses à la même personne, et d'être constamment rassurée par elle, dans des termes identiques et au besoin convenus à l'avance ; peur de toucher certains objets ; instincts anormaux de propreté ; lavages répétés ; excentricités multiples ; aveux spontanés d'actes ridicules ; longues phases suspensives encore possibles ; conservation toujours entière de l'intelligence. — La *troisième période* est caractérisée par un état maladif sérieux et permanent. La situation devient chaque jour plus intolérable : toute sociabilité tend à disparaitre ; beaucoup d'actes normaux de la vie sont impossibles ; les sorties au dehors ne sont plus acceptées qu'avec répugnance, puis refusées absolument ; les mouvements sont de plus en plus

lents, et plusieurs heures finissent par être dépensées soit pour la toilette du matin, soit pour chacun des repas dans la journée ; le cercle des idées délirantes se rétrécit, et les angoises augmentent en proportion ; la peur de marcher, de s'asseoir, de frôler quelqu'un, de donner la main, d'ouvrir une fenêtre ou une porte, et les répulsions invincibles pour tels ou tels objets, augmentent ; les terreurs ne sont même plus exprimées, et le mouvement des lèvres trahit seul la persistance d'un langage mental ; la conscience parfaite d'une situation aussi affligeante subsiste quand même ; la démence n'arrive jamais, et c'est dans un état extrêmement voisin de l'immobilité que la vie se prolonge et s'éteint[1]. » (Legrand du Saulle.)

Au point de vue *médico-légal*, dans l'immense majorité des cas, les malades conservent la pleine conscience de leurs actes, et la question de responsabilité est facile à résoudre. Jules Falret lui-même, partisan si résolu de l'incapacité et de l'irresponsabilité des aliénés, quels qu'ils soient, reconnaît que leurs actes sont parfaitement valables. C'est aussi l'opinion de Legrand du Saulle. Ce dernier ajoute que neuf fois sur dix, il n'y a pas lieu de recourir à un placement dans un asile spécial, mais que, les idées et les tentatives de suicide n'étant pas rares, on doit soumettre ces malades à une surveillance attentive.

6° **Hystériques.** — L'hystérie, compliquée d'aliénation mentale, constitue une forme spéciale de folie qui modifie d'une manière plus ou moins profonde la volonté, les facultés morales, et peut provoquer des impulsions instinctives. Elle est caractérisée tantôt par un délire érotique et une grande agitation, tantôt par une incohérence d'idées et de paroles, et une loquacité extrême ou par une mélancolie sombre, un besoin de solitude et des pleurs sans motif. Ces accès peuvent survenir régulièrement chaque mois à l'époque menstruelle, ou d'une façon irrégulière, sous l'influence de causes diverses.

Les phénomènes caractéristiques de cette variété de folie,

1. Legrand du Saulle, *La folie du doute (avec délire du toucher)*. Paris, 1875.

ceux qui doivent surtout préoccuper le médecin légiste, sont les dispositions *érotiques* des hystériques et le besoin invétéré, incessant de *mentir*, sans intérêt, sans raison, uniquement pour mentir, et cela non seulement en paroles, mais encore en actions, par une sorte de besoin de mise en scène. Cette tendance instinctive à la simulation entraine souvent les hystériques à des actes involontaires et inconscients, quelquefois répréhensibles ou tout à fait criminels. C'est ainsi qu'on a vu des hystériques accuser des personnes de violences à leur égard ou de tentatives de viol, et faire condamner des innocents à des peines plus ou moins rigoureuses. Aussi, au point de vue *médico-légal*, n'est-il pas toujours facile de déterminer le caractère des actes commis par les folles de cette espèce, et surtout le degré de responsabilité. Legrand du Saulle admet l'atténuation, mais non l'abolition de la culpabilité des hystériques; Tardieu partage jusqu'à un certain point cette opinion, mais pense qu'il faut se défier de la perversité instinctive des hystériques, de leur propension irrésistible au mensonge, et des impulsions morbides auxquelles elles ne sont pas toujours libres de se soustraire.

7° **Femmes enceintes.** — *Folie puerpérale.* — Tardieu comprend sous ce titre les faits relatifs aux femmes enceintes, aux nouvelles accouchées et aux nourrices.

Il est bien reconnu actuellement que la *grossesse* exerce une influence incontestable sur le système nerveux de la femme, et par suite sur ses facultés intellectuelles et morales. Cette influence se traduit : 1° par des modifications plus ou moins profondes dans le caractère et les facultés affectives : quelques femmes deviennent tristes, pleurent sans cesse, ont des idées noires, des envies de suicide; d'autres éprouvent une sorte d'excitation extraordinaire, des susceptibilités, des antipathies sans motifs contre les êtres les plus chers; ces troubles peuvent aboutir tantôt à la folie à forme mélancolique, avec tendance à se détruire elle et son enfant, tantôt à la folie hystérique avec délire maniaque et penchants érotiques. — 2° par la perversion des facultés morales, et par des impulsions instinctives : bien qu'au point de vue légal on ne puisse admettre que

l'état de grossesse abolit la liberté morale, il est incontestable que la femme enceinte peut être entraînée par des appétits physiques auxquels elle ne peut résister, par des *envies*, suivant l'expression vulgaire, à prendre, chez les marchands de comestibles ou les fruitiers, des primeurs, des fruits ou d'autres pièces, même lorsqu'elles auraient pu se les procurer facilement à prix d'argent. — L'expert aura à distinguer entre ces actes, inconscients dans une certaine limite, et les vols beaucoup plus importants de bijoux, de dentelles, ou d'autres objets précieux, commis pendant la grossesse, et mis sur le compte de cet état organique. Il devra s'assurer d'abord que la femme est réellement enceinte, apprécier ensuite l'état mental, en dehors de la grossesse même, et l'acte incriminé dans toutes ses circonstances, en se gardant bien d'admettre que toute femme qui vole, étant enceinte, est par cela seul excusable. Quelquefois, des actes beaucoup plus graves, des crimes, des incendies peuvent être commis sous l'influence de la grossesse; suivant Laurent, on devra, dans ces conditions, prendre en considération les antécédents héréditaires de la femme, la prédisposition originelle ou acquise, le caractère et le tempérament du sujet. La grossesse en effet ne pervertit que les instincts physiques; lorsqu'elle agit sur les facultés morales, c'est en raison d'une prédisposition originelle ou acquise; elle n'engendre pas de folie spéciale, pas plus la monomanie du vol ou de l'incendie que celle du meurtre; mais elle peut produire une véritable impulsion, qui fasse commettre à la femme l'un ou l'autre de ces crimes. Aussi Tardieu conclut-il, avec Marcé et Joerg, que « le médecin légiste, appelé à décider de l'état mental d'une femme enceinte qui invoquera sa grossesse, pour excuser un délit ou un crime, devra faire abstraction de ce fait, pour se livrer à un examen approfondi de l'état mental, en se rappelant que la vérité ressortira bien plus des circonstances qui ont précédé ou accompagné le délit, que de la considération de l'état de grossesse, qui ne servira jamais de preuve directe. »

La folie puerpérale est souvent invoquée, comme excuse, par les défenseurs des *femmes récemment accouchées* et accu-

sées d'infanticide. Quelques médecins aliénistes, Marcé entre autres, admettent volontiers que les femmes ont été, dans ce cas, entraînées par un moment d'aberration mentale. Tardieu — et Legrand du Saulle est également de son avis — ne partage pas cette opinion, qui impliquerait l'innocence forcée de toutes les femmes infanticides ; il n'accepte pas davantage l'idée de folie transitoire, pour celles qui commettent un crime au moment où elles viennent d'accoucher. « Il n'est pas à ma connaissance, dit-il, un seul cas probant et authentique, qui démontre que, sous l'influence des douleurs de l'enfantement, une femme ait été saisie d'une fureur homicide transitoire, non plus que d'une impulsion instinctive qui l'ait conduite, sans qu'elle en ait conscience, à tuer son enfant. »

L'*allaitement* chez les *nourrices* peut quelquefois provoquer des troubles cérébraux plus ou moins graves, tels que le délire ou une perversion instinctive se traduisant par des impulsions morbides (Marcé, Motet, Legrand du Saulle). Marcé a observé des faits de ce genre chez les femmes récemment accouchées, et épuisées par des pertes de sang, quelquefois à la suite de l'arrêt brusque de l'allaitement ou par la suppression du lait.

Au point de vue de l'appréciation *médico-légale* de la responsabilité, on ne peut nier qu'il n'y ait là une perversion plus ou moins profonde de la volonté, que ces femmes offrent un défaut de résistance morale qui atténue singulièrement, et peut même annuler complètement leur responsabilité (Tardieu).

C. — Des espèces de folie caractérisées par différentes formes de délire.

Ce groupe comprend : les *maniaques*, les *monomanes*, les *lypémaniaques*, les *persécutés*, les fous *paralytiques*, les *somnambules*.

a. **Manie**. — On entend par manie une affection cérébrale chronique, ordinairement sans fièvre, caractérisée par la perturbation et l'exaltation de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté (Esquirol). Suivant Baillarger, elle a pour

symptôme capital une surexcitation générale et permanente des facultés intellectuelles et morales.

C'est l'espèce de folie la plus commune : les maniaques forment à eux seuls le *cinquième* environ de la population totale des asiles d'aliénés. Très rare dans l'enfance et la vieillesse, elle se montre surtout entre vingt et cinquante ans. Au point de *vue étiologique*, il semble, d'après Esquirol, que le printemps et l'été soient plus favorables au développement de la manie que l'automne et l'hiver; l'hérédité joue un rôle capital, et plus de la moitié des maniaques sont descendants d'aliénés, d'épileptiques ou d'alcooliques. Elle peut être *idiopathique*, provoquée par les chagrins, les excès de tous genres, les grands travaux intellectuels; ou *symptomatique* de certains états morbides bien définis, tels que l'alcoolisme, l'épilepsie, l'état puerpéral, l'hystérie, les fièvres graves.

La manie peut affecter la forme *aiguë* ou *chronique*, continue ou intermittente, comme dans la folie à double forme ou folie circulaire.

La *manie aiguë* débute rarement d'une façon brusque; elle est presque toujours précédée d'une période prodromique variant de quelques jours à six mois (Legrand du Saulle), et caractérisée par les symptômes suivants : anxiété, inquiétudes, angoisses mal définies, pressentiments sinistres, changement de caractère, insomnie complète ou cauchemars effrayants pendant le sommeil, enfin embarras gastrique (langue saburrale, bouche pâteuse, inappétence, soif et constipation). — Au bout d'un temps variable, l'accès éclate : le malade commence à s'agiter, parle sans cesse, va, vient, s'agite, se déplace; ses gestes sont animés; tout dénote un besoin incessant d'activité et de mouvement. Tous ces symptômes s'exagèrent rapidement, et la manie confirmée se traduit par une suractivité étonnante du corps et de l'esprit. « Les idées pullulent, dit Calmeil, se succèdent, se pressent avec une rapidité inconcevable, n'offrant entre elles nulle suite, nulle liaison, nul ensemble. Les mots détachés ne rappellent que des images confuses : la mémoire, n'obéissant plus qu'à une excitation maladive, évoque pêle-mêle tous les souvenirs dont l'affluence en-

combre pour ainsi dire le cerveau. La volonté, sans cesse entraînée, perd tout pouvoir, et la multitude des impressions extérieures et intérieures ne peut plus se fixer sur aucun objet. Le maniaque passe, dans la même seconde, de la joie à la tristesse, de la colère à la gaieté, riant, pleurant, tempêtant tout à la fois; ses chants, ses cris, ses gestes tumultueux, sa loquacité intarissable, tout en lui dénonce une violente exaltation des centres nerveux encéphaliques. Les forces physiques sont doublées, triplées et ne semblent jamais devoir s'épuiser. Tel malade va, vient, marche à pas précipités, depuis le matin jusqu'au soir, se livre pendant des semaines et des mois entiers aux actes les plus désordonnés, sans témoigner la moindre lassitude et sans trouver le repos dans un instant de sommeil. » Son visage, pâle d'ordinaire, est animé; ses yeux s'injectent : ils sont fixes ou agités de mouvements convulsifs, l'expression du regard est sinistre, la pupille dilatée; la voix a une raucité spéciale qu'on pourrait attribuer à la fatigue des organes de la parole, mais qui parait due à un trouble particulier du système nerveux, car on l'observe dès le début de l'accès; — la bouche est tantôt sèche, tantôt humectée par un crachotement continuel ou un écoulement de mousse abondante; — les mâchoires sont parfois contractées, parfois il y a du grincement de dents; les maniaques sont malpropres, ils ont perdu complètement le respect des convenances; ils sont sales et prononcent à tout propos des paroles grossières ou érotiques. Ils reconnaissent à peine leurs parents ou leurs amis, ils ont des hallucinations et des illusions sensorielles, ils présentent une insensibilité toute particulière à l'action de la chaleur et surtout du froid (Legrand du Saulle). Le plus ordinairement, il n'y a pas de fièvre; l'appétit est irrégulier, capricieux, quelquefois vorace; mais l'amaigrissement est rapide, et la peau prend une teinte basanée.

Ces accès de manie peuvent survenir en dehors de toute excitation apparente, ou sous l'influence de la cause la plus légère; la moindre contrariété peut provoquer des accès de fureur d'une violence incroyable; le maniaque cherche à frapper, à mordre, à détruire : Calmeil cite une femme qui,

dans un accès de ce genre, se coupait avec les dents des morceaux de la langue et des lèvres, et les jetait au visage des autres malades.

Cette exaltation maniaque peut se terminer soit par le retour à la raison, ce qui est rare, soit par un état plus calme; le plus souvent, après plusieurs alternatives d'excitation et d'apaisement, elle est remplacée par un délire général chronique ou une variété de délire partiel, ou bien enfin elle constitue la première phase de la *folie circulaire* ou folie à double forme, caractérisée par des alternatives d'excitation maniaque, de dépression mélancolique et de retour à la raison.

La *manie chronique* diffère de la précédente par l'absence d'agitation musculaire et des paroxysmes de fureur; mais le délire est général et presque permanent. Elle est caractérisée par la perversion de tous les instincts, de tous les penchants, par des divagations incohérentes, des troubles intellectuels, un désordre d'esprit absolu se manifestant par les jugements les plus faux et les appréciations les plus erronées. Par moment surviennent des paroxysmes de fureur de peu de durée, des accès de colère et d'emportement accompagnés de cris et de pleurs. Les hallucinations ne sont pas rares et persistent longtemps; les sentiments s'obscurcissent et s'éteignent; les malades parlent seuls et à haute voix, divaguent sur tous les sujets, s'occupent à des travaux puérils ou absolument stériles; ils ne peuvent se livrer à un travail sérieux; leur tête se fatigue vite. Cet état, qui peut durer plusieurs années, avec des périodes de rémission assez longues, aboutit fatalement à la démence.

Au point de vue *médico-légal*, les indications sont simples et précises : le maniaque est incapable civilement et irresponsable en matière criminelle. La seule difficulté, c'est la question de responsabilité dans les intervalles lucides de la manie intermittente et de la folie circulaire; cette difficulté est sérieuse, et le médecin légiste ne doit se prononcer qu'après une étude approfondie du cas particulier. Tardieu, sur ce point, se rattache à l'opinion de Daguesseau : « Il faut, pour que les moments lucides aient une valeur réelle, qu'ils soient non pas douteux et de courte durée, mais cer-

tains et complets, et non pas une simple diminution, une rémission du mal, mais une espèce de guérison passagère, une intermission clairement marquée, entièrement semblable au retour de la santé. Il faut enfin qu'ils durent assez longtemps pour pouvoir donner une entière certitude du rétablissement passager de la raison. »

b. **Monomanes. Lypémaniaques** et **persécutés.** — Ces trois variétés de folie sont constituées par *un délire partiel*, c'est-à-dire que les facultés intellectuelles, lésées manifestement sur un point, semblent conserver sur tous les autres une intégrité presque complète (Tardieu); c'est là leur caractère commun et essentiel. Ces formes insidieuses de la folie sont d'une appréciation difficile au point de vue médico-légal, et exigent de la part de l'expert une attention toute particulière.

Monomanes. — Le mot *monomanie* ne doit pas être pris dans le sens étroit que lui donnaient les anciens aliénistes. Actuellement, on n'admet plus que la conception délirante est unique et isolée, mais qu'elle se détache, comme idée prédominante, sur un fond généralement et primitivement altéré. Il ne faut pas confondre la monomanie, conception délirante, avec l'impulsion instinctive; celle-ci domine et opprime la volonté du malade, tandis que la première l'inspire et la dirige. Les actions des monomanes dérivent de leur idée fixe; celles des fous instinctifs sont la conséquence involontaire d'une impulsion irrésistible (Tardieu).

Baillarger divise les monomanies en deux groupes : 1° les *monomanies intellectuelles*, dans lesquelles les troubles de l'intelligence sont primitifs et prédominants : le malade a une idée fixe qui s'impose à son esprit et en concentre l'activité; s'il commet un délit ou un crime, c'est à la suite d'une série de raisonnements logiquement déduits de cette conception maladive ; — 2° les *monomanies instinctives*, dans lesquelles l'intelligence est relativement peu atteinte, mais la volonté est profondément et primitivement altérée. L'aliéné cède moins à une idée fixe qu'à une impulsion irrésistible, qui le pousse à commettre un acte délictueux ou criminel.

Les variétés de délires partiels qui rentrent dans la mo-

nomanie sont nombreux ; les principaux sont : la monomanie religieuse, la monomanie ambitieuse, les monomaniaques inventeurs, les monomaniaques érotiques, la monomanie hypochondriaque, surtout la monomanie lypémaniaque, et enfin le délire des persécutions, sur lesquels nous insisterons plus particulièrement.

La *monomanie religieuse* est caractérisée par des idées délirantes, ayant pour objet Dieu ou les choses de la religion. Le malade, dans ses hallucinations, se croit en rapport avec Dieu, il est inspiré, il est prophète. Cette forme est très grave et peut faire commettre des crimes ; c'est ainsi qu'on a vu un homme tuer son fils, croyant que Dieu exigeait ce sacrifice, comme autrefois pour Abraham.

Les *monomaniaques inventeurs* croient avoir découvert le mouvement perpétuel ou la quadrature du cercle ; ils ruinent leur famille en expériences infructueuses.

Les *monomaniaques érotiques* sont dévorés d'un amour exagéré pour un objet connu ou inconnu, mais cet amour est purement intellectuel, et ne s'accompagne d'aucune excitation vénérienne (Legrand du Saulle). Ils diffèrent en cela des nymphomanes ou des satyriasiques.

La *monomanie hypochondriaque* est caractérisée par des idées délirantes portant uniquement sur la santé. Les malades sont préoccupés d'une maladie réelle ou imaginaire, lisent avec passion les livres de médecine, et deviennent un vrai supplice pour les médecins, qu'ils consultent à chaque instant pour des riens. Plus tard, le malade néglige toutes ses affaires, et passe son temps à se tâter le pouls, à regarder sa langue, à examiner ses urines ou ses matières fécales. Il se trouve à chaque instant des maladies nouvelles, et se soumet, pour se guérir, aux pratiques les plus absurdes, les plus insensées.

Mélancolie. — La *monomanie mélancolique*, encore appelée *lypémanie*, *délire triste*, *aliénation partielle dépressive* (Falret père), est caractérisée par des idées délirantes de nature triste, avec une dépression plus ou moins profonde. Ce sont là les deux éléments essentiels de cette forme d'aliénation.

La lypémanie peut débuter *brusquement*, à la suite d'une commotion morale violente, d'un chagrin profond, d'une

passion contrariée ; ou apparaitre *lentement*, provoquée par de longues fatigues d'esprit, des soucis continus, des privations, la misère ou des revers de fortune. Elle se manifeste, pendant un temps plus ou moins long, par des modifications dans le caractère : le malade devient sombre, impatient, irritable, inquiet; il recherche la solitude et devient misanthrope. A la période d'état, il tombe dans une tristesse et une terreur que rien ne peut vaincre. Voici, suivant Esquirol, le tableau que présentent alors ces malheureux : « Le mélancolique se refuse à tout mouvement, passe ses jours dans la solitude et l'oisiveté; il est habituellement assis les mains croisées, ou bien debout, inactif, les bras pendant le long du corps. Il en est qui déchirent leurs mains, les extrémités des doigts ou les ongles. Tourmenté par le chagrin ou la crainte, l'œil et l'oreille au guet, pour le lypémaniaque, le jour est sans repos, la nuit sans sommeil et remplie par les rêves les plus sinistres, les plus douloureuses hallucinations. Quelques mélancoliques repoussent opiniâtrement toute nourriture; on en voit qui passent plusieurs jours, même plusieurs semaines sans manger, quoique ayant bien faim, mais retenus par des hallucinations, par des illusions qui enfantent des craintes chimériques. L'un craint le poison, l'autre le déshonneur; celui-ci veut faire pénitence; celui-là croit que, s'il mangeait, il compromettrait ses parents ou ses amis; enfin il en est qui espèrent se délivrer de la vie et de ses tourments par l'abstinence. » Le sommeil est court, interrompu par des rêves effrayants; la respiration lente; le pouls est ordinairement petit, mou, dépressible, moins fréquent qu'à l'état normal; l'appétit est souvent nul, et les digestions sont lentes. Les règles chez les femmes viennent irrégulièrement ou sont supprimées.

Les illusions sensorielles ou les hallucinations peuvent donner lieu à des tentatives de suicide ou à des meurtres, que commet le lypémaniaque pour se dérober aux obsessions d'ennemis imaginaires.

Au point de *vue clinique*, on distingue trois formes de mélancolie : 1° la *mélancolie sans délire*, dans laquelle les malades se rendent compte de leur situation, mais sont dans un sentiment de crainte continuel et indéfinissable, qui

les plonge dans la tristesse et l'abattement; Casper n'admet pas cette manie sans délire ; — 2° la *mélancolie simple*, que nous venons de décrire, et qui est caractérisée par des idées délirantes, combinées avec une dépression morale et physique plus ou moins profonde; — 3° la *mélancolie avec stupeur*, qui a été bien étudiée par Baillarger. « L'aliéné, dit-il, devient graduellement comme anéanti : il est immobile, ses yeux sont largement ouverts et fixes, sa physionomie perd toute son expression, son indifférence pour les objets extérieurs est complète. Il ne répond plus aux questions qu'on lui fait et semble quelquefois ne pas les entendre; ou bien ses réponses sont lentes, brèves, interrompues par des intervalles de silence. Sa volonté paraît suspendue; le malade ne prend aucun soin de propreté; on le lève, on le couche, on le fait manger; il semble insensible aux excitants les plus énergiques. »

L'appréciation *médico-légale* de la mélancolie offre rarement des difficultés sérieuses. Le lypémaniaque doit être considéré comme absolument incapable en matière civile, et irresponsable en matière criminelle.

Délire des persécutions. — Le *délire de la persécution* est une des formes de mélancolie les plus fréquentes : les malades se croient poursuivis par des ennemis imaginaires qui les calomnient et les persécutent; ils ont des hallucinations de l'ouïe; ils entendent des paroles injurieuses ou menaçantes : les moindres mots, les gestes, les actes les plus indifférents des personnes qui les entourent, sont interprétés dans le sens de leurs idées délirantes. Aussi écrivent-ils souvent aux autorités pour demander protection contre ces ennemis, déclarant que, si l'on ne fait pas droit à leurs réclamations, ils se feront justice eux-mêmes, et souvent mettent leur projet à exécution. Dans certains cas, en effet, ils accusent une personne d'être seule la cause de tous leurs malheurs, et c'est elle qui doit périr. Lorsque le persécuté a commis un meurtre, il ne manifeste aucun repentir, ne se cache pas, mais le plus souvent se livre lui-même aux autorités et raconte ses souffrances, ses griefs imaginaires contre la victime. — Dans d'autres cas, il s'en prend aux autorités, aux ministres, au chef de l'état lui-

même, et les poursuit de ses écrits et de ses plaintes; il se pose en victime du despotisme, en martyr de la liberté; il est poursuivi par la police; on en veut à ses jours; il entend siffler des balles à ses oreilles, et croit trouver du poison dans ses aliments. — Les fous de ce genre présentent tous, comme caractères communs, une *dépression* générale des fonctions intellectuelles, une *concentration profonde* de leurs pensées délirantes, et un *défaut absolu d'expansion*; ils nourrissent pendant longtemps leurs résolutions, qui se traduisent tout à coup, à un moment donné, sans avertissement, par des actes de violence ou par un crime. Casper ajoute même que, lorsque leur maladie est soupçonnée, ces aliénés savent se dérober aux investigations avec une habileté inouïe, expliquant avec beaucoup d'adresse une action qui a pu paraitre extraordinaire de leur part. Tardieu déclare qu'il n'existe pas de fous plus abominablement dangereux que ces persécutés, qui répondent, par un coup de couteau, à une insulte imaginaire, ou qui de loin déchargent une arme à feu sur un groupe où ils croient que l'on parle d'eux en termes outrageants. Ce sont des individus en général très doux, qu'on aime, qu'on estime et qu'on garde près de soi, jusqu'au jour où leur folie éclate subitement et se traduit par un meurtre.

La grande difficulté, pour le médecin légiste, est de découvrir le mobile qui les a fait agir, et de démontrer cette folie latente devant les tribunaux.

Une autre forme non moins fréquente du délire de la persécution, c'est celle de l'*empoisonnement supposé*, qui peut avoir pour conséquence l'emprisonnement de personnes innocentes, sur la dénonciation du malade.

Dans le diagnostic des différentes variétés de la folie mélancolique, l'expert devra surtout s'attacher à dégager des faits l'idée fixe, la fausse conception prédominante qui dirige et explique les actes des aliénés; il reconnaitra que, chez ces individus, il n'y a ni lésion de la volonté, ni impulsion dans le vrai sens du mot, mais que le raisonnement persiste tout entier, avec cette particularité que, sous l'influence d'une conception délirante ou d'hallucinations, il enfante des déductions à la fois logiques et insensées et,

par suite, les actes les plus violents (Tardieu). Dans ces conditions, il doit s'efforcer de prouver l'irresponsabilité absolue des malheureux soumis à son examen.

c. **Fous paralytiques. Paralysie générale** (désignée encore sous le nom de *folie paralytique, méningite chronique avec aliénation*, *périencéphalite chronique diffuse*). — La paralysie générale est une des formes les plus fréquentes de l'aliénation mentale : elle constitue le *quart* de la population masculine des établissements d'aliénés (Legrand du Saulle).

C'est une affection lente, essentiellement chronique, caractérisée par des troubles de l'intelligence, de la motilité, de la sensibilité et particulièrement par un délire spécial (triste ou ambitieux) facile à reconnaître.

Elle est caractérisée anatomiquement par des adhérences des méninges, et une inflammation chronique de la substance corticale du cerveau.

Au point de vue *étiologique*, la paralysie générale est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme, dans les classes élevées que dans la population ouvrière; elle apparaît vers le terme de l'âge adulte, sous l'influence des causes les plus diverses, dont les principales sont : l'hérédité, les habitudes d'ivrognerie, l'abus du travail intellectuel, les passions, les revers de fortune, l'ambition déçue.

Au point de vue *médico-légal*, suivant Legrand du Saulle, on peut diviser la paralysie générale en quatre périodes distinctes : période prodromique, période initiale, période d'état, période terminale.

Période prodromique. — La folie paralytique est annoncée, plusieurs mois, quelquefois plusieurs années à l'avance, par un ensemble de phénomènes caractéristiques, comme une ou plusieurs attaques d'apoplexie subite avec perte de connaissance, une syncope, des vomissements, un peu d'embarras de la parole ou une paralysie légère d'un bras ou d'une jambe, mais surtout des modifications profondes dans le caractère, les mœurs, les habitudes de l'individu, dans ses penchants, ses goûts et ses affections : ces modifications se traduisent principalement par l'exagération

des qualités ou des défauts, par une susceptibilité, une irritabilité extrême, et surtout une grande facilité à se passionner à propos de choses futiles. On s'aperçoit en même temps que les malades ont l'esprit moins vif, la mémoire moins heureuse , le travail moins facile ; ils oublient des lettres dans un mot, des mots dans une phrase, négligent ou exagèrent la ponctuation, se trompent de date et commettent des erreurs dans leurs calculs. — Plus tard apparaissent les symptômes avant-coureurs du délire spécial de la paralysie générale, c'est-à-dire des idées de contentement exagéré, un enthousiasme quelquefois peu justifié pour leur avenir ou celui de leurs enfants; ils deviennent plus confiants, plus expansifs, plus entreprenants surtout, contractent des habitudes de dépenses, de luxe peu en rapport avec leur situation. Ils ont le commencement de ce que Legrand du Saulle appelle l'*imprévoyance maladive;* quelquefois on observe de l'excitation génésique, des idées érotiques tout à fait en dehors des mœurs, des habitudes du sujet. — A une période plus avancée, les symptômes s'accentuent davantage ; on observe des méprises, des erreurs dans les calculs, des fautes commerciales, des légèretés professionnelles ou des oublis compromettants, dont le malade prend très facilement son parti, insensible aux avertissements ou aux reproches. Lorsqu'on va au fond des choses, qu'on examine les affaires ou les comptes, on découvre des détournements de valeurs, des spéculations véreuses, des escroqueries ou même des faux qu'il ne nie pas, mais qu'il ne peut pas toujours expliquer, et dont il ne semble pas comprendre l'importance morale.

C'est à cette période surtout que le diagnostic est difficile à poser, et à démontrer aux magistrats, qui ont peu de tendance à admettre l'insanité d'esprit en pareil cas.

On a signalé encore parmi les symptômes prodromiques de la paralysie générale : le tremblotement passager de la lèvre, l'inégalité des pupilles (Baillarger), un peu d'embarras de la parole, consistant surtout dans l'hésitation intermittente d'un mot ou d'une lettre, la diminution de l'aplomb dans la station verticale, quelquefois l'anesthésie cutanée, l'anaphrodisie, la tristesse, l'avarice la plus sordide, l'hypochon-

drie, mais surtout l'affaiblissement du niveau intellectuel, la diminution de la mémoire, les oscillations de la volonté, et la facilité à se laisser conduire.

Période initiale. — A cette époque apparait le délire spécial qui peut être *expansif* ou *dépressif*. — La variété expansive ou *délire des grandeurs* est de beaucoup la plus fréquente ; on l'observe dans les *quatre cinquièmes* des cas. Legrand du Saulle en fait le tableau suivant : « Les malades sont satisfaits, contents, bien portants, jeunes, agiles, forts, doués de tous les avantages physiques; ils ont un besoin continuel de mouvement et de locomotion,.... leur esprit est en ébullition et enfante mille projets fantasques, roulant invariablement sur des voyages, des acquisitions ou des spéculations. Ces projets sont bientôt abandonnés ou plutôt oubliés, mais ils sont remplacés par d'autres du même genre, dans lesquels prédominent toujours le contentement et l'ambition..... En proie à une agitation maniaque très caractéristique, le fou paralytique raconte les histoires les plus vraisemblables et les plus mal coordonnées : il est riche, puissant et illustre; tour à tour musicien, poète, statuaire, président, général, évêque, maréchal de France, prince, roi, empereur, pape ou Dieu. Il distribue au premier venu des vers, des bénédictions, des qualités, des titres, des places, des grades et des grands cordons. Il gagne cent, mille francs, cent mille francs, un million par jour, possède des châteaux splendides, des domaines immenses; il a créé le monde, il est l'administrateur général de l'univers, il a acheté l'Italie, conquis l'Asie, renversé le pont qui mène à la lune, amené la Chine à Paris; il peut faire cent lieues par jour, cent tragédies en vingt-quatre heures, mille poèmes en cinq minutes; il a des voitures en argent, des palais en or et des mines de diamants; sa fortune s'élève à mille millions de milliards. »

En général, les paralysés aiment beaucoup à écrire; ils adressent des lettres, des suppliques, des projets, des plans de réforme aux autorités, aux ministres, au chef de l'État; donnent les ordres les plus saugrenus aux chefs des hautes administrations, aux préfets, aux agents consulaires, etc. Souvent ces lettres portent des signatures de la plus haute

fantaisie, prince de Bourbon, duc d'Orléans, Alexandre le Grand, Jules César, Napoléon empereur de l'univers, Jésus-Christ, etc.

Le caractère commun à ce genre de fous paralytiques, c'est une immense activité.

La *forme dépressive* ou *délire mélancolique* est beaucoup plus rare; elle ne s'observe que dans *un cinquième* des cas. Les malades se reprochent des fautes imaginaires, s'accusent de crimes qu'ils n'ont pas commis, se croient malheureux, déshonorés, perdus, voués à la cour d'assises, à la prison, au bagne ou à l'échafaud. Ils s'isolent, pleurent, sanglotent dans un coin, sans vouloir s'occuper, refusent souvent de manger et quelquefois tentent de se suicider. Dans certains cas, cette variété affecte la *forme hypochondriaque* qui a été bien décrite par Baillarger : « Les malades disent que leurs organes sont changés, détruits ou complètement obstrués; qu'ils n'ont plus de bouche, plus d'estomac, plus de ventre, plus de sang; que leurs aliments ne passent plus, que leurs intestins sont barrés. A les entendre, ils ne peuvent ouvrir ni les yeux ni la bouche ; ils ont des ankyloses des mâchoires, ils ne vont plus à la selle, ils n'urinent plus ; leur peau se parchemine ; leur pénis est pourri, leurs testicules s'atrophient et ne sécrètent plus ; ils ont du vent dans la tête, leurs jambes sont raccourcies, leurs mains grossissent, leur physionomie est méconnaissable. »

Au point de vue *médico-légal*, la conduite à suivre à cette période est d'enfermer le malade dans un asile d'aliénés, pour sauvegarder les intérêts de sa famille. C'est une mesure que doit conseiller le médecin consulté, sans attendre l'intervention de l'administration ou de la justice (Legrand du Saulle).

Quelquefois on observe à cette période, comme à la période prodromique, le penchant au vol (Girard de Cailleux).

Il n'est pas rare de voir survenir, à la fin de cette phase initiale, des *rémissions* caractérisées par un retour plus ou moins prolongé à la raison; le malade renonce à ses idées de grandeurs, à ses conceptions orgueilleuses, et reprend comme auparavant la direction de ses affaires. Ces rémis-

sions sont dues, très vraisemblablement, à la disparition des phénomènes de congestion cérébrale et du ramollissement qui en était la conséquence. Legrand du Saulle n'admet pas que, dans ces conditions, le paralysé général soit *momentanément guéri;* le délire a cessé sans doute, mais la démence reste, et, par démence, il entend l'affaissement progressif du niveau intellectuel; les facultés ont sensiblement baissé, surtout si l'on compare le malade à ce qu'il était autrefois. Ces rémissions ont une durée *variable* de un mois, deux mois, quelquefois un, deux, trois ans (Baillarger).

En dehors de ces rémissions, on observe parfois des *phases suspensives*, dans lesquelles il y a simplement retour à la raison, mais persistance du bégaiement et des autres phénomènes somatiques. Cet état, auquel Legrand du Saulle donne le nom d'*intermission*, diffère de la rémission en ce sens que, dans cette dernière, le malade convient de son délire, déplore ses excès, et regrette les actes désastreux qu'il a pu commettre; dans l'intermission au contraire, le paralysé nie ses conceptions délirantes, cherche à donner le change, et dissimule son état mental. Cette période suspensive n'a du reste qu'une durée très éphémère.

Au point de vue *médico-légal*, que doit-on faire du malade qui présente une rémission bien nette? Doit-on le mettre en liberté? Legrand du Saulle se prononce nettement pour l'affirmative; seulement, le médecin aliéniste doit prévenir les familles du danger de la situation; les engager à surveiller de près le malade; conseiller, si le malade est riche, l'éloignement des affaires et des occupations d'autrefois, l'envoyer à la campagne ou le faire voyager, sous la direction d'un médecin. Lorsqu'il s'agit d'un malade appartenant à la classe ouvrière, Legrand du Saulle est également d'avis de rendre le sujet à sa famille, pendant cette phase de rémission, mais le médecin ne doit jamais signer un certificat de guérison.

Lorsqu'il s'agit d'un acte délictueux ou criminel commis pendant cette période, l'expert devra étudier avec soin les circonstances particulières du fait, analyser les conceptions délirantes antérieures, et les rapprocher de l'acte incriminé; si la rémission est franche, nette, de bon aloi, il y a lieu de

mettre en avant la responsabilité proportionnelle ; si, au contraire, on est en présence d'une simple intermission, le sujet ne peut être responsable.

Période d'état. — Le malade entre dans la phase de dégradation physique et d'abrutissement moral. « En proie à une sorte d'excitation automatique, dit Legrand du Saulle, il va, vient, sort, s'assoit, se lève, bredouille des mots incohérents, emplit ses poches de feuilles d'arbres ou de cailloux, se déshabille, arrache les boutons de son habit, déchire ses vêtements, lave sa chemise dans l'urine, perd graduellement la notion du temps, des lieux et de son identité ; il oublie son nom et son âge, ne se souvient plus de la profession qu'il a exercée, ne reconnaît plus ses amis et ne sait plus s'il a encore sa mère, s'il est marié et s'il a des enfants... Sa parole est extrêmement embarrassée, sa marche des plus titubantes ; il a de temps à autre un grincement de dents très prolongé, très désagréable et tellement strident qu'il s'entend de l'extrémité d'une salle d'hôpital à l'autre... Malpropre, glouton et vorace, le malade mange d'une façon repoussante, mâche à peine ses aliments, digère néanmoins parfaitement et engraisse. A la fin de cette période, il devient *gâteux*. »

C'est à cette phase surtout que l'interdiction peut être provoquée et prononcée.

Période terminale. — Elle est caractérisée par l'abolition des sentiments, des instincts, de la sensibilité, de la parole, de la marche et de la contractilité musculaire ; les phénomènes de la vie ne consistent plus que dans l'accomplissement des fonctions purement végétatives ; il ne reste plus que la nutrition et l'assimilation, qui prolongent quelquefois l'existence du malade d'une façon étonnante.

L'expert peut être consulté à la fin de cette période, pour apprécier l'état mental de l'individu à l'occasion de donations ou de testament.

États spéciaux. — En dehors de ces formes de folie nettement définie, le médecin légiste peut être consulté sur les troubles intellectuels provoqués par certains états plus ou moins bien déterminés, comme la pellagre, la sensation de la faim, le somnambulisme, l'ivresse de sommeil ou

l'ivresse de colère, suivant le vocabulaire des aliénistes allemands.

La **pellagre**, affection chronique, qui sévit le plus souvent d'une façon endémique dans certaines contrées (Landes), et qui paraît due surtout à l'usage du maïs altéré (Tardieu, Bouchardat), peut donner lieu à des accès de délire variables dans leur forme, mais dont les conséquences peuvent être extrêmement graves. Quelquefois la folie pellagreuse éclate comme un véritable accès maniaque avec des crises vertigineuses, des actes de violence et des impulsions irrésistibles à l'homicide et au suicide. A cette période d'excitation succède un état comateux, qui peut se terminer par la mort ou le retour à la santé. — D'autres fois, le délire se transforme, l'excitation fait place à la dépression, la manie à la mélancolie, et le sujet tombe en démence. — Dans d'autres cas enfin, la folie pellagreuse débute par de la céphalalgie, des éblouissements, des vertiges, de l'apathie ; le malade devient insouciant, triste, hypochondriaque, indifférent pour ses travaux journaliers, et reste dans un coin, immobile, plongé dans une stupeur profonde, étranger en apparence aux choses du monde extérieur; il sort de cet état d'affaissement pour se tuer ou commettre un homicide. Cette forme aboutit presque fatalement à la démence. — Quelquefois enfin, le délire apparait tout à coup, au milieu de la santé en apparence parfaite.

Tous les pellagreux ne sont point aliénés ; le délire ne survient que dans le tiers des cas. L'appréciation *médico-légale* de la responsabilité offre une certaine difficulté ; si la pellagre règne dans une contrée d'une manière endémique, le diagnostic et la démonstration de la folie sont faciles. Dans le cas où la maladie n'existe qu'accidentellement, l'expert devra examiner le genre d'alimentation de l'individu soupçonné de pellagre, rechercher : si l'acte commis a quelque rapport avec les manifestations délirantes, les hallucinations impulsives propres à cette affection ; — si son délire a affecté une des trois formes de la folie pellagreuse (excitation maniaque, dépression stupide ou démence) ; — si le délire a eu lieu sous une influence saisonnière ; — s'il

existe sur la langue des traces d'embarras gastrique, et, sur le dos des mains, des traces de l'érythème caractéristique de la pellagre ; — si le sujet a éprouvé des vertiges quelques jours auparavant, et si déjà il n'a pas fait quelques tentatives de meurtre ou de suicide surtout.

La réunion de cet ensemble de symptômes sera une forte présomption en faveur de la folie pellagreuse et de l'irresponsabilité de l'individu. Il faut ajouter cependant, avec Legrand du Saulle, que la pellagre ne confère pas le bénéfice de l'impunité quand même, et qu'il ne suffit pas, surtout dans les localités où elle règne endémiquement, de mal digérer ou de porter des rougeurs sur le dos des mains pour échapper à l'application des lois.

Somnambulisme. — Deux opinions sont en présence relativement à la question de responsabilité des somnambules. La première, défendue par Hoffbauer, Fodéré et Muyart de Vouglans, admet le somnambule comme *responsable* de ses actes. Suivant ces auteurs, le somnambule n'accomplit durant le sommeil que des actes longtemps médités par lui, pendant la période de veille ; il est juste qu'il en soit responsable, parce que, s'il les a excutés étant endormi, il les a conçus éveillé et libre. « Celui dont la conduite est toujours conforme aux devoirs sociaux, dit Fodéré, ne se dément pas quand il est seul avec son âme ; celui au contraire qui ne pense que crimes, que faussetés, que vengeance, déploie durant son sommeil les replis de son inclination dépravée, que la présence des objets extérieurs avait tenus enchaînés durant la veille. Si cet homme commet alors un crime et que sa vie soit suspecte, on peut, ce me semble, considérer le crime comme une conséquence naturelle des mauvais principes de ses idées, et juger cette action d'autant plus libre qu'elle a été commise sans aucune gêne, sans influence quelconque. Loin de considérer ces actes comme un délire, je les regarde comme les plus indépendants qui puissent être dans la vie humaine ; je vois le somnambulisme comme un creuset dans lequel la pensée et l'intention se sont absolument séparées de leur gangue de la matière. »

La seconde opinion, la plus généralement admise aujour-

d'hui, et défendue par Tardieu, Casper, Legrand du Saulle, Lasègue, Faustin Hélie, etc., est celle de l'*irresponsabilité* des actes commis pendant l'état de somnambulisme. Ces actes, suivant Tardieu, doivent être considérés comme la conséquence d'un délire, et les somnambules peuvent être placés à côté des épileptiques, parmi ceux dont la volonté est dominée, et qui subissent l'influence d'une impulsion irrésistible.

Comme le somnambulisme peut être simulé, soit à titre d'excuse, soit pour accomplir un acte qu'il serait difficile ou impossible d'exécuter pendant la veille, le médecin expert doit savoir à quels signes se reconnait le somnambulisme naturel. En général, le somnambulisme n'est pas un état isolé, passager, mais se montre de bonne heure, chez les individus doués d'une prédisposition spéciale du système nerveux, et peut apparaitre, soit pendant l'enfance, soit à l'époque de la puberté ou plus tard, sous l'influence d'une violente émotion morale. C'est un état pathologique constitutionnel avec sa marche et ses signes propres. L'expert devra surtout s'attacher à observer l'individu après l'acte incriminé : si c'est un véritable somnambule, il commettra de nouveau le crime ou délit, et avec des circonstances telles que le diagnostic s'établira facilement. Casper fait remarquer que le somnambulisme est excessivement rare chez les adultes, et il conseille au médecin légiste de se mettre sur ses gardes devant les histoires plus ou moins merveilleuses de somnambulisme.

Ivresse de sommeil. — On peut rapprocher de cet état pathologique ce que les Allemands ont appelé l'*ivresse de sommeil*, c'est-à-dire cet état intermédiaire entre la veille et le sommeil, dans lequel les liens avec le monde extérieur ne sont pas encore interrompus par le sommeil, ou pas encore rétablis avec le retour de la veille. « Les sens, dit Casper, sont comme entourés d'un nuage qui ne leur permet que de transmettre des sensations confuses. L'homme en ivresse de sommeil voit et entend, mais la vue et l'ouïe ne lui apportent que des impressions illusoires. Si une chaise tombe à côté de lui, il croit entendre un coup de fusil; si une personne s'avance vers lui, il croit avoir affaire à un géant

monstrueux. Comme la voix et la locomotion ne sont pas anéanties, il peut agir d'après les fausses impressions qu'il reçoit, et ses actions peuvent être contraires à toutes les lois de la société. »

Il est évident que, dans ces circonstances, l'homme n'est plus dans les conditions de liberté morale semblables à celles où il se trouverait dans l'état de veille ; aussi, au point de vue médico-légal, l'expert, sans admettre l'irresponsabilité absolue, doit-il dans son rapport conclure le plus ordinairement à la responsabilité limitée et atténuée dans une certaine mesure. C'est au moins l'opinion de Tardieu, Lasègue et Mesnet. Casper va plus loin, et pense que, dans les cas de cette espèce, la règle à suivre est la même que pour les cas de manie.

Il admet également que certaines passions, comme la colère, peuvent faire perdre momentanément à l'homme la conscience de ses actes, et que les actions violentes, commises en état d'*ivresse de colère*, doivent jouir, dans certaines mesures, du bénéfice de l'irresponsabilité limitée.

Sensation de la faim. — La *sensation de la faim*, arrivée à un état d'*acuité* exceptionnelle, dans certains cas, trouble momentanément l'intelligence et pousse à des actes irraisonnés. M. Folet en cite quelques exemples, et pense que dans ces conditions la responsabilité est sinon absolument abolie, du moins considérablement atténuée. Il n'est pas ici question, bien entendu, des hallucinations accompagnées d'impulsions criminelles ou des troubles cérébraux qu'on a observés dans les cas de famine, à la suite d'une abstinence complète et prolongée d'aliments, mais des troubles intellectuels provoqués passagèrement par la sensation suraiguë de la faim.

DES MALADIES DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA JUSTICE : MALADIES SIMULÉES, DISSIMULÉES, PRÉTEXTÉES, IMPUTÉES, PROVOQUÉES OU COMMUNIQUÉES.

On entend, par *maladie simulée*, celle que l'on feint d'avoir ; —*maladie dissimulée*, celle que l'on a, mais que l'on cache ;

— *maladie prétextée*, celle dont on cherche à se prévaloir, pour en tirer un avantage quelconque; — *maladie imputée*, celle qu'on suppose exister chez un individu qui n'en est réellement pas atteint; — *maladie provoquée*, celle que l'on fait naître; — enfin *maladie communiquée*, celle qui, par sa transmission, peut être cause d'un dommage direct ou indirect.

Legrand du Saule rejette cette classification des maladies à conséquences judiciaires comme n'ayant aucune utilité pratique, et admet seulement trois grandes divisions : les maladies *simulées*, les maladies *dissimulées* et les maladies *communiquées*.

Législation. — *C. C.* Art. 1382. — Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer.

Art. 1383. — Chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou son imprudence.

Art. 1384. — On est responsable non seulement du dommage que l'on causepar son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre ou des choses que l'on a sous sa garde. Le père et la mère, après le décès du mari, sont responsables du dommage causé par leurs enfants mineurs habitant avec eux; les maîtres et commettants, du dommage causé par leurs domestiques et préposés dans les fonctions auxquelles ils sont employés; les instituteurs et les artisans, du dommage causé par leurs élèves et apprentis pendant le temps qu'ils sont sous leur surveillance. La responsabilité ci-dessus a lieu, à moins que les pères, mères, instituteurs et artisans ne prouvent qu'ils n'ont pu empêcher le fait qui donne lieu à cette responsabilité.

Art. 1385. — Le propriétaire d'un animal, ou celui qui s'en sert, pendant qu'il est à son usage, est responsable du dommage que l'animal a causé, soit que l'animal fût sous sa garde, soit qu'il fût égaré ou échappé.

C. P. Art. 27. — Si une femme condamnée à mort se déclare enceinte, et s'il est vérifié qu'elle l'est réellement, elle ne subira sa peine qu'après sa délivrance.

Voir encore plus loin les articles 319 et 320, relatifs aux plaies, contusions et blessures.

La simulation et la dissimulation, dit Legrand du Saulle,

jouent un grand rôle en médecine légale. On *simule* une maladie, pour exciter la compassion, pour se soustraire au service militaire ou se faire réformer, pour s'affranchir de certains devoirs civils, comme ceux de tuteur, de témoin, de juré ; — on *dissimule* une maladie, pour contracter une assurance sur la vie, pour entrer dans l'armée ou dans certaines écoles du gouvernement, pour ne pas perdre un emploi avantageux, pour obtenir une pension ou ne pas manquer un mariage, etc., etc.

Nous suivrons dans cette étude l'ordre proposé par Legrand du Saulle, et nous verrons successivement la simulation et la dissimulation : 1° des affections nerveuses, — 2° de la fièvre, — 3° des hémorrhagies, — 4° des maladies de la peau, — 5° des maladies des régions, — 6° les mutilations, — 7° les maladies communiquées ; — 8° enfin, nous terminerons par les maladies produites accidentellement ou involontairement, par imprudence ou négligence, et pouvant donner lieu soit à des poursuites correctionnelles, soit à des réclamations d'indemnités.

1° **Affections nerveuses.** — Celles qui sont le plus fréquemment simulées sont : l'épilepsie, la folie, les convulsions, l'hystérie, le somnambulisme, puis la chorée, le tremblement et la paralysie agitante.

a. **Epilepsie.** — La simulation de l'épilepsie est fréquente ; sur cent jeunes gens appelés au service militaire, dit Percy, il en est quelquefois vingt qui se prétendent atteints de cette maladie, tandis que, dans les circonstances ordinaires, on trouve tout au plus un véritable épileptique sur mille individus.

Des deux principales formes de l'épilepsie, *grand mal* et *petit mal*, c'est la première qui est le plus souvent imitée, comme étant la plus facile à reproduire.

Voici à quels signes on distinguera la véritable attaque d'épilepsie de l'attaque simulée.

Dans l'épilepsie vraie, le sujet *pâlit* subitemement et tombe très souvent en avant, après avoir poussé un cri. — Dans l'épilepsie simulée, l'individu ne *pâlit pas* et tombe en arrière.

Dans l'épilepsie vraie, les convulsions sont d'abord toni-

ques; le malade, raide comme une barre de fer, a presque toujours la tête portée en arrière ou d'un côté, les dents fortement serrées, les yeux convulsés en haut et cachés derrière la paupière supérieure; les pupilles immobiles et déjà dilatées; le pouce est convulsé dans la paume de la main et caché sous les autres doigts, et, si l'on cherche à le redresser, on n'y parvient qu'en employant une certaine force; mais, une fois le redressement obtenu, le pouce *reste dans sa nouvelle position.* — Dans l'épilepsie simulée, le simulateur débute souvent immédiatement par des convulsions cloniques; mais il n'y a ni dilatation, ni insensibilité de la pupille à la lumière; le pouce est bien replié dans la paume de la main, mais, une fois redressé, le simulateur le *replie* immédiatement au lieu de le laisser étendu, comme dans l'attaque vraie. — Dans celle-ci, le spasme tétaniquue des muscles du thorax produit des phénomènes d'asphyxie et de petites ecchymoses punctiformes au front, au cou, à la partie antérieure et supérieure du thorax, ce qu'on n'observe jamais chez le simulateur. — Dans l'épilepsie vraie, les convulsions débutent par des secousses fortes, rapides, séparées par des intervalles de calme et dont la fréquence va en augmentant. Presque toujours, elles prédominent d'un côté du corps. Le simulateur au contraire se livre, dès le début, aux convulsions les plus violentes, et s'agite également des deux côtés du corps. — Dans l'épilepsie vraie, la salive sort *écumante* et ensanglantée de la bouche, ordinairement par suite de morsures de la langue. Le simulateur produit, en mâchant un morceau de savon, une écume rarement ou très peu ensanglantée, parce que les morsures de la langue sont le plus ordinairement insignifiantes. — Dans l'épilepsie vraie, il y a perte de connaissance complète et abolition de la sensibilité, qui persiste dans la fausse. — Enfin, l'épilepsie vraie est suivie d'une période de stertor, de sommeil avec ronflement presque caractéristique; l'attaque terminée, l'épileptique n'a pas conservé le moindre souvenir de ce qui s'est passé, regarde autour de lui d'un air hébété, et s'éloigne confus des personnes qui l'environnent. Ces signes font défaut chez le simulateur, qui, l'attaque une fois passée, revient presque immédiatement à l'état normal.

Avec un peu d'habitude, le diagnostic est facile à faire; en cas de doute, on peut recourir au *sphygmographe*. Suivant A. Voisin, le pouls, dans l'attaque d'épilepsie, présente un tracé caractéristique qu'on ne trouve pas chez le simulateur : deux ou trois secondes avant l'attaque, les courbes sphygmographiques sont moins hautes, plus arrondies, plus rapprochées. L'attaque survenue, on voit cinq ou six petites ondulations successives et disposées suivant une ligne ascendante, puis une série de courbes très peu élevées. Ces courbes se prononcent davantage, forment une convexité supérieure très accusée, donnant presque l'idée d'une moitié de sphère; puis, au bout de quelques minutes, les lignes s'élèvent presque perpendiculairement à une hauteur trois ou quatre fois plus grande qu'avant l'attaque. Elles présentent au sommet un angle plus ou moins aigu, puis redescendent en offrant les caractères les plus accusés du dicrotisme. La durée de cette forme du pouls varie d'une demi-heure à une heure et demie; on l'a vue se prolonger quelquefois six heures après l'attaque. On l'observe également dans le vertige épileptique (Legrand du Saulle). Ce caractère sphygmographique du pouls peut être regardé comme un symptôme véritablement pathognomonique de l'attaque d'épilepsie.

Ajoutons, à ces caractères pathognomoniques du pouls, un autre signe indiqué par M. Méricamp, et qui consiste en une *déformation acquise de l'arcade orbitaire*, due aux chutes répétées des épileptiques sur la face. « Si l'on presse, dit-il, sur le rebord orbitaire supérieur, en allant de dedans en dehors, on s'aperçoit que rapidement ce bord se relève et que, au voisinage de l'apophyse orbitaire externe, il est remplacé par une saillie, non plus à bord tranchant, mais à bord mousse, saillie dure, osseuse, de forme sensiblement pyramidale, et qui s'arrête au voisinage de l'apophyse malaire. La pression sur ce point ne provoque aucune douleur. Au niveau de la saillie, les téguments portent la trace de cicatrices ou bien sont contus. Le tissu cellulaire sous-cutané lui-même est modifié; en saisissant la peau entre les doigts, on constate que ce tissu forme une sorte de peloton de consistance assez ferme, comme s'il s'était

formé là un petit noyau de phlegmon chronique. A la partie externe, la paupière supérieure, qui semble œdémateuse, est à peu près sur le même plan que la région sourcilière. » (*France médicale*, 5 mars 1879.)

Pour découvrir la simulation, on a eu recours à différents moyens, destinés à constater la persistance de la connaissance et de la sensibilité, qui disparaissent dans l'épilepsie vraie : on a employé l'ammoniaque, l'acide sulfureux, le chlore, la cautérisation du lobule de l'oreille avec le fer rouge, enfin les menaces d'opérations plus ou moins douloureuses. Les substances irritantes ne doivent être employées qu'avec précaution, et pendant un temps très court, en raison des accidents qu'elles peuvent provoquer du côté des voies aériennes. Quant au fer rouge, il doit, bien entendu, rester à l'état de menace, le médecin ne devant jamais recourir à des moyens dangereux ou violents.

b. **Folie.** — Nous avons étudié précédemment cette question de la simulation de la folie, et la marche à suivre pour la découvrir (voir p. 107); nous n'y reviendrons pas; ajoutons seulement que la folie est surtout simulée par les criminels : ainsi, sur cinquante-huit cas de simulation recueillis par A. Laurent, quarante-neuf appartenaient à des criminels; dans les neuf autres cas, la folie avait été simulée pour des motifs divers. Les formes le plus souvent imitées sont la *manie aiguë*, la *mélancolie avec stupeur*, l'*idiotie*, l'*imbécillité* et la *démence*. Les diverses formes de *monomanie* sont plutôt *prétextées* par les avocats à bout d'arguments, ou par les familles, désireuses d'éviter la honte d'une condamnation, que *simulées* par le prévenu.

L'*imbécillité* et l'*idiotie*, au point de vue du recrutement et de la réforme, sont des cas d'exemption; du reste, le diagnostic est ordinairement facile : les imbéciles et les idiots sont en général des individus faibles, mal développés, et présentent une conformation vicieuse du crâne; on devra donc se tenir sur ses gardes, et songer à la simulation, en présence d'un sujet vigoureux et bien conformé, présenté comme atteint d'imbécillité. Pourtant, suivant Legrand du Saulle, il ne faudra pas trop se presser de juger, car il y a des exceptions à la règle, et l'on a vu des individus forts

et bien conformés, en apparence, avoir à peine assez d'intelligence pour faire de très mauvais soldats.

c. **Convulsions.** — Elles sont presque toujours simulées par les femmes ; le diagnostic reposera surtout sur la constatation de la perte réelle de la connaissance, et l'existence de la sensibilité, comme dans la fausse attaque d'épilepsie.

d. **Hystérie.** — Fréquente chez les femmes, l'hystérie est rarement alléguée chez l'homme, comme cause de réforme ou d'exemption du service militaire : on l'a l'observée cependant dans certains cas chez des sujets robustes; elle ne peut motiver leur exemption, car les distractions et les travaux du service sont au contraire des moyens puissants de thérapeutique.

e. L'**extase** et la **catalepsie** sont trop difficiles à bien imiter et trop faciles à reconnaitre, pour être souvent simulées.

f. Le **somnambulisme**, suivant Boisseau, est quelquefois prétexté pour obtenir la réforme; la fraude est généralement facile à reconnaître : le vrai somnambule répète pendant son sommeil les actes qu'il a l'habitude d'accomplir dans la veille; il perd en général le souvenir de ce qu'il a fait; le sens du toucher est conservé et même exalté; enfin le sens de l'ouïe persiste. Le simulateur peut rarement reproduire ces divers phénomènes. Enfin, chez le somnambule, la vision est abolie : il ne se guide que par ses souvenirs dans ses pérégrinations, et ne peut éviter les obstacles qu'on met sur son passage ou les pièges qu'on lui tend, en substituant tel objet à tel autre. C'est ainsi que Champouillon découvrit la fraude d'un prétendu somnambule, en remplaçant son lit par une baignoire d'eau froide; le simulateur se garda bien d'aller s'y coucher (Legrand du Saulle).

g. Les **contractures** des membres sont fréquemment simulées dans l'armée pour se faire réformer. Voici comment procédait Percy pour constater la réalité de ces contractures : pour les membres supérieurs, on met à l'extrémité des bras contracturés un poids de 2 ou 3 kilogrammes; dans les cas de simulation, les fléchisseurs des doigts se fatiguent rapidement, et la contracture disparaît bientôt; pour les

membres inférieurs, on fait tenir en équilibre sur la jambe saine ceux qui se présentent avec une jambe fléchie : au bout de peu de temps, le membre contracté, pris de tremblement, s'allonge naturellement. On a encore employé le chloroforme, qui, abolissant la contractilité musculaire, parait au premier abord un moyen infaillible ; mais Bayard fait remarquer qu'il serait possible que les contractures, bien que réelles, disparussent sous l'influence du chloroforme, et que l'on pourrait accuser à tort des individus véritablement malades. On a obtenu en effet un relâchement musculaire rapide sous l'action du chloroforme, chez des individus affectés de luxation ancienne, avec contractures violentes et tout à fait involontaires.

h. La **chorée** est souvent simulée à l'hôpital des Enfants : elle est facile à reconnaître par une surveillance attentive, ainsi que le *tremblement*, la *paralysie agitante* et l'*ataxie locomotrice* (Lereboullet).

Ajoutons enfin que, dans des cas très rares, des individus ont été jusqu'à simuler la *rage* (Percy, Laurent) et le *tétanos* (Abernéthy).

2° **Fièvre.** — Elle est souvent simulée ou provoquée dans l'armée par le soldat, pour éviter une corvée ou une punition; à l'école par l'élève, pour se dispenser de faire ses devoirs. Le diagnostic n'est pas difficile à établir : il suffit d'examiner le sujet pendant quelques minutes pour découvrir la supercherie. La fièvre est quelquefois *provoquée* par l'introduction de substances irritantes, comme l'ail, dans l'anus; elle existe alors réellement. Si l'on soupçonne l'individu, on n'a qu'à l'isoler et à le mettre dans l'impossibilité de se procurer aucune substance suspecte. La fièvre disparaîtra bientôt.

3° **Hémorrhagies.** — a. L'**hémoptysie** peut être *simulée* ou simplement *alléguée*. Dans le premier cas, on la provoque à l'aide de piqûres, de plaies faites dans la gorge, sur les gencives, à la face interne des joues, ou dans les narines; quelquefois même, le simulateur s'est contenté d'introduire dans sa bouche des matières colorantes (garance, carmin, bol d'Arménie) ou du sang de certains animaux; la fraude est en général facile à découvrir par un examen attentif de la

cavité buccale ou des fosses nasales. — Pour les matières colorantes, il suffit de faire laver la bouche du sujet pour faire cesser immédiatement le crachement de sang. — La difficulté est plus sérieuse lorsqu'il s'agit d'une hémoptysie *alléguée;* le sujet, pour échapper au recrutement, prétend par exemple avoir des hémoptysies périodiques ou irrégulières ; dans ce cas, le médecin expert est obligé de s'en rapporter soit à la notoriété publique, soit à un certificat de médecin ; dans le doute, ajoute Legrand du Saulle, pour peu que l'examen physique du malade donne des résultats suspects, on devra déclarer le sujet impropre au service militaire. Quelquefois enfin, à la suite d'accidents, de contusions ou de chutes, des individus allèguent des hémoptysies pour obtenir des dommages-intérêts. Le médecin expert devra les examiner avec soin, ausculter les poumons, et voir s'il y a eu réellement possibilité d'hémorrhagie pulmonaire.

b. L'**épistaxis**, qu'on produit soit à l'aide de piqûres de la muqueuse de Schneider, soit par l'introduction de substances irritantes dans les narines, est quelquefois *simulée*, pour se dispenser d'une corvée chez les militaires, ou *provoquée*, pour se procurer une certaine quantité de sang destinée à simuler une hémorrhagie plus grave (hémoptysie ou hématémèse).

c. L'**hématémèse** est peu simulée ; comme elle se produit rarement en dehors du cancer et de l'ulcère de l'estomac, on recherchera tout d'abord les symptômes de ces deux affections. On ne devra jamais oublier d'examiner attentivement les fosses nasales et la cavité buccale, le sang rendu par le sujet pouvant être tout simplement du sang avalé.

d. L'**hématurie** est aussi très rarement simulée, comme cause d'exemption du service militaire ; quelquefois, elle est provoquée par une plaie du canal de l'urèthre ou par une injection de sang dans la vessie ; il suffit de faire un lavage à l'aide de la sonde, de donner des boissons délayantes pour la faire bientôt disparaître. Dans certains cas, on la simule en absorbant des substances telles que la garance, la betterave ou le figuier d'Inde, dont la matière colorante passe dans les urines et les teint en rouge ; l'examen chimique du liquide permettra de reconnaître la cause de la colo-

ration, et l'examen microscopique constatera l'absence absolue des globules sanguins.

Ajoutons que les **hémorrhoïdes** et les **hémorrhagies intestinales** étaient simulées autrefois au moyen de petites vessies remplies de sang, qu'on introduisait dans le rectum. La fraude est trop grossière pour être souvent pratiquée de nos jours.

4° **Maladies de la peau.** — Elles peuvent être simulées, mais le plus souvent elles sont provoquées; les plus fréquentes sont : a. des lésions de la peau; — b. des altérations des sécrétions cutanées; — c. des altérations de couleurs; — d. enfin des maladies parasitaires.

a. **Lésions de la peau.** — Ce sont des *ulcères* et des *plaies* qui sont produits ou entretenus à l'aide de substances irritantes (euphorbe, clématite ou herbe aux gueux, emplâtres vésicants), ou de caustiques liquides et solides, pour exploiter la charité publique, échapper au service militaire ou se procurer une incapacité de travail de plus de vingt jours. Il est facile de découvrir la supercherie; il suffit en effet : de constater l'absence des conditions locales ou générales qui accompagnent ordinairement les ulcères constitutionnels; — de faire surveiller l'individu suspect, ou d'appliquer sur la partie malade un bandage roulé, ou marqué de telle façon que le simulateur ne puisse, s'il le défait, en reproduire les dispositions premières.

b. **Altérations des sécrétions.** — Les *sueurs* des pieds *abondantes et fétides*, très rares d'ailleurs, sont une cause de réforme : elles ont en effet l'inconvénient de faire macérer les organes, de les ramollir, de les prédisposer à l'irritation, et par suite rendent les soldats impropres à la marche. Les individus qui cherchent à les simuler au régiment pour se faire réformer y parviennent difficilement, parce qu'ils ne peuvent obtenir l'état de macération et la pâleur de la peau de la plante des pieds, caractéristiques de cette hypersécrétion morbide (Bégin). La *fétidité* s'obtient en enduisant les pieds de graisse contenant du vieux fromage, de la teinture d'asa fœtida ou de l'huile animale de Dippel. Des lavages savonneux et une surveillance de quelques jours ont promptement raison de cette supercherie.

c. Les **sueurs de sang**, affection essentiellement nerveuse (Parrot), ont été quelquefois simulées, de même que les stigmates qui apparaissent sous l'influence de l'exaltation religieuse. Ces phénomènes bizarres donnent rarement lieu à une action médico-légale. Il faudrait avant tout s'assurer qu'il n'existe aucune plaie, aucune érosion de la peau pouvant fournir le liquide sanguin.

La chromhidrose, vice de sécrétion consistant dans l'apparition de taches bleues foncées sur les paupières inférieures, a été quelquefois simulée à l'aide de poudre d'indigo, de charbon porphyrisé, de poudre de chasse, de noir de fumée, ou de poussière de tabac. On peut reconnaître la fraude en appliquant, comme Spring, une couche de collodion sur la paupière; le lendemain, on trouve la matière noire appliquée à la face interne de la pellicule de collodion.

d. **Maladies parasitaires.** — Des différentes variétés de teignes, *la teigne faveuse* est la plus fréquemment simulée ; on obtient des lésions analogues à celles du favus, en projetant sur le cuir chevelu quelques gouttes d'acide nitrique, qui déterminent l'apparition de croûtes jaunâtres. Un examen attentif permet de constater l'absence du godet caractéristique, de l'odeur nauséabonde, de la rareté des cheveux, de l'aspect cachectique que présente la tête des teigneux. Enfin, au microscope, on ne trouvera pas le parasite végétal, l'*achorion Schœnleinii*, particulier à cette variété de teigne. On pourra encore, après avoir nettoyé la partie malade, recouvrir la tête de l'individu suspecté d'un bandage qui empêchera une nouvelle application d'acide nitrique. Il est bon d'ajouter que les teignes sont actuellement trop connues pour qu'on puisse les simuler avec succès. Il en est de même de la *gale*, qu'on peut du reste guérir en quelques heures.

e. **Altération de couleur.** — On a essayé, mais rarement, de simuler la *maladie bronzée* d'Addison par l'usage prolongé du nitrate d'argent à l'intérieur. Le diagnostic est facile à établir. Il en est de même de l'*ictère*, qu'on obtient très imparfaitement en colorant la peau en jaune, soit avec une solution aqueuse de curcuma, soit avec de la suie dé-

layée dans de l'eau. On reconnaitra la supercherie à l'absence de coloration jaune des sclérotiques, et de la réaction caractéristique des urines ictériques, sous l'action de l'acide nitrique ou de la teinture d'iode, qui précipitent en vert la matière colorante de la bile.

On a quelquefois simulé des *blessures*. Cette fraude est rare, en raison de la douleur et des dangers qui peuvent en résulter. Elle est généralement facile à découvrir, parce qu'une blessure simulée est toujours plus légère et plus superficielle qu'elle ne serait, si elle était réellement produite par la cause à laquelle on l'attribue. L'expert devra d'abord chercher si la lésion est bien en rapport avec la cause alléguée, si ses dimensions et sa forme répondent exactement à celles de l'arme employée, si la blessure est possible dans la position indiquée par le blessé, enfin si les trous et les coupures faits aux vêtements correspondent bien à la blessure, etc., etc.

5° **Maladies des régions.** — A. **Crâne.** — L'*alopécie complète* est un cas de réforme, parce que l'absence de cheveux empêche de porter la coiffure actuelle, et fait du soldat un objet de risée pour ses camarades (Legrand du Saulle). Elle a été quelquefois simulée, en épilant ou en rasant tout simplement la tête. Ces procédés, très grossiers, sont faciles à reconnaitre. Il en est de même des *tumeurs* plus ou moins volumineuses qu'on obtient par l'insufflation de l'air sous le cuir chevelu. Un examen attentif de la tête, et surtout l'existence d'une petite plaie, qui a servi à l'introduction de l'air, permettra d'établir la cause et la nature de ce pneumatocèle artificiel, destiné à exploiter le plus souvent la charité publique.

B. **Organes de la vue.** — Les maladies des yeux qui ont été le plus souvent simulées, dans un but plus ou moins avouable, sont :

a. La *blépharite ciliaire chronique avec chute complète des cils*, qu'on obtient par l'épilation, suivie d'applications de substances irritantes et surtout de nitrate d'argent : si la maladie est récente, on constate sur le bord des paupières les signes d'une inflammation plus ou moins intense, qui disparait en quelques jours, lorsque le sujet est mis dans

l'impossibilité de renouveler ses manœuvres. Si celles-ci sont anciennes, il peut en résulter une maladie réelle, et le simulateur reste défiguré.

b. *L'ophthalmie* s'obtient artificiellement par les mêmes procédés, c'est-à-dire par l'application de substances irritantes, comme de l'urine, du jus ou des cendres de tabac, etc. Ces applications peuvent avoir pour conséquence la perte de l'œil, ou, dans les cas ordinaires, une inflammation qui s'éteint rapidement sous l'influence d'un traitement approprié, aidé d'une surveillance sévère.

c. Les *taies de la cornée* peuvent être simulées à l'aide d'une application de nitrate d'argent fondu. Dans les cas douteux, il n'y a qu'à tenir en observation l'individu suspect.

d. Le *strabisme* doit d'abord être mis en doute, lorsqu'on ne trouve du côté de l'œil malade aucune cause qui puisse l'expliquer. Pour découvrir la fraude, on a conseillé d'observer l'œil pendant le sommeil, ou de réveiller l'individu suspect en sursaut, et d'examiner alors la direction des globes oculaires. On devra aussi se rappeler que le strabisme, avant de devenir fixe, peut être intermittent, périodique.

e. Le *nystagmus* a été rarement simulé, en raison de la difficulté d'imprimer longtemps au globe de l'œil l'espèce de tremblement oscillatoire caractéristique de cette affection. Pour découvrir la fraude, on a recours au chloroforme, qui fait cesser aussi bien le nystagmus de cause musculaire que le nystagmus de cause nerveuse (Gadaud). Legrand du Saulle pour intérêt vaut mieux s'en tenir à une observation une personne gagée de l'individu, qui aurait de la peine à reproduire pendant longtemps ces oscillations de l'œil avec toute leur régularité.

f. Le *blépharospasme*, presque toujours lié à une kératite, est également difficile à simuler longtemps; le muscle orbiculaire des paupières se fatigue vite, et il suffit de poursuivre l'observation pendant quelques minutes, pour voir disparaître le contracture des paupières. On peut encore introduire l'individu d'un milieu éclairé dans l'obscurité; il y a des chances pour qu'il présente encore son soi-disant spasme, ignorant que cette affection, due à la photophobie, disparait dès que cesse l'action de la lumière.

g. La *chute de la paupière supérieure* ou *blépharoptose*, résultant de la paralysie du moteur oculaire commun, s'accompagne presque toujours de strabisme externe, de dilatation de la pupille et de diplopie. On doit donc de prime abord soupçonner la fraude lorsqu'elle est isolée : on l'obtient artificiellement en immobilisant pendant longtemps la paupière abaissée. Pour reconnaître si la blépharoptose est vraie ou fausse, il suffit d'engager brusquement l'individu à regarder en haut ; le releveur de la paupière supérieure se contracte, en même temps que le droit supérieur (Legrand du Saulle).

h. L'*héméralopie*, caractérisée par un affaiblissement très marqué de la vision dès que la nuit arrive, est surtout simulée par les marins. La plupart des signes physiques ou ophthalmoscopiques indiqués par les auteurs (dilatation permanente des pupilles, hyperémie de la pupille, rétinite pigmentaire, taches argentées en dedans et en dehors de la cornée, etc.) ne sont pas assez constants pour que l'expert puisse se prononcer en toute sûreté. Il faut alors recourir à une longue et patiente surveillance, enfermer l'individu suspect dans un cabinet obscur, l'examiner sans qu'il s'en doute, et voir si ses mouvements et ses actions, quand il se croit seul, indiquent que la vue n'est pas abolie dans l'obscurité. Netter employait encore le procédé suivant : le sujet étant enfermé dans une chambre obscure, on entr'ouvre une première fois graduellement la porte, jusqu'à ce que l'individu déclare qu'il y voit. On la referme ensuite, pour l'entr'ouvrir une seconde fois, jusqu'à ce que l'individu déclare y voir. Si l'héméralopie est vraie, le degré d'ouverture de la porte devra être le même dans les deux cas.

i. La *myopie* est une des affections oculaires le plus souvent simulées devant les conseils de révision : pour être exempté, il suffit en effet que le sujet puisse lire à un pied (33 c.) de distance du nez, avec des verres concaves nos 3 et 4, et qu'il distingue des objets éloignés avec le no 5 1/2. Il est facile d'arriver à ces résultats en faisant un usage prolongé de verres graduellement plus concaves ; on arrive à modifier assez l'accommodation, pour pouvoir lire et distinguer les objets dans les limites prescrites par la loi

sur le recrutement militaire. Si l'on réussit, il suffit, pour revenir à la vue normale, de suivre la marche inverse, c'est-à-dire de faire usage de verres de moins en moins concaves, jusqu'à ce qu'on soit arrivé au point de départ.

Cette supercherie est facile à reconnaître actuellement, soit à l'aide de l'atropine (Van Roosbroeck), soit avec des appareils spéciaux (Ruette, Bourjot-Saint-Hilaire), l'optomètre de Perrin ou l'ophthalmoscope.

j. La *presbytie* est rarement simulée, parce qu'elle est naturellement rare chez les jeunes gens; on pourrait, en cas d'insuffisance des verres convexes, recourir encore à l'optomètre de Perrin.

k. *Amaurose, amblyopie, cécité unie ou bilatérale.* — On peut la simuler en versant, dans un œil ou dans les deux, quelques gouttes d'une solution d'extrait d'atropine, qui détermine momentanément la paralysie de l'iris avec dilatation de la pupille. L'amaurose unilatérale est plus fréquemment simulée que l'amaurose bilatérale; elle est aussi plus difficile à découvrir. En général, les simulateurs exagèrent la dose; la dilatation de la pupille est beaucoup plus grande que dans l'amaurose vraie; quelquefois même, la pupille a disparu complètement. Il suffit de surveiller le sujet pendant 24 ou 48 heures, pour voir disparaître les effets de la belladone.

On peut encore recourir aux procédés de Ples, de Græfe, de Javal ou de Boisseau. Celui de Javal est remarquable par sa simplicité : pendant que le simulateur lit une page d'impression, on interpose rapidement entre la page et l'œil un corps opaque, comme une règle; le plus souvent, le simulateur lit les lettres que la règle ne laisse visibles que pour l'œil prétendu amaurotique. Boisseau conseille, pendant que l'individu lit, les deux yeux ouverts, de presser sur l'angle de l'œil soi-disant malade; si le sujet voit double, il y a évidemment supercherie.

C. **Organes de l'ouïe.** — La *surdité complète* est souvent simulée. Elle peut être double et s'accompagne alors de *mutité*, ou simple et due à des causes faciles à reconnaître (introduction de corps étrangers, bouchon cérumineux, otite suppurée, catarrhe chronique de l'oreille, oblitération de la trompe d'Eustache).

La simulation n'est pas toujours facile à découvrir : il faut souvent recourir à des surprises, à des épreuves qui, avec de la patience, sont presque toujours couronnées de succès. En cas d'introduction de corps étrangers dans le conduit auditif externe, ou d'inflammation de ce conduit, on aura recours au spéculum de Toynbee. Quant à la surdité complète, à moins qu'elle ne soit d'origine nerveuse centrale ou due à une lésion profonde du tronc du nerf auditif, elle permet toujours de percevoir les vibrations communiquées à l'oreille externe, soit par l'intermédiaire des os du crâne, soit par l'ébranlement du sol sur lequel repose le sujet. « Donc, dit Legrand du Saulle, si un individu déclare ne pas percevoir le tic-tac d'une montre placée sur la région pariétale ou entre ses dents, s'il ne se retourne pas à la suite d'un choc vigoureusement appliqué derrière lui sur le plancher, si en outre aucun signe ne vient indiquer une lésion cérébrale ou intra-crânienne, il y a de fortes raisons pour croire que cet individu est un simulateur. »

Quelquefois, comme cela se pratique aux conseils de révision, on parvient par des transitions brusques de la voix élevée à la voix basse à surprendre le simulateur, qui continue à répondre sans faire attention aux changements d'intonation de la voix.

La surdité complète, ordinairement congénitale, se complique toujours de mutité ; dans les cas de prétendue *surdi-mutité*, la notoriété publique, les certificats des médecins peuvent donner des indications précieuses. Cette infirmité a été pourtant simulée quelquefois avec succès. Voici, d'après Legrand du Saulle, les caractères différentiels qui permettront de reconnaitre la supercherie : « Le véritable sourd-muet a un faciès particulier; dès qu'il sent que quelqu'un lui parle, il le regarde attentivement, il est tout yeux, on sent qu'il met la plus grande attention à ne pas laisser échapper un seul jeu de la physionomie, un seul geste. Le faux sourd-muet, au contraire, tient les yeux baissés; il n'ose regarder en face son interlocuteur, de crainte de se trahir. Le vrai sourd-muet entend presque toujours les sons ou les bruits intenses; il perçoit surtout les ébranlements qui sont communiqués par des chocs au plancher sur le-

quel il repose. Si, pendant que son attention est ailleurs, on frappe vigoureusement avec un bâton derrière lui, sur le plancher, il se retourne immédiatement. Le faux sourd se garde bien d'en faire autant, de crainte de se trahir. Le vrai sourd sait ordinairement s'exprimer par gestes et se faire comprendre de ses compagnons d'infortune; confronté avec des sourds-muets, le faux sourd est dépaysé; il ne sait pas plus leur langage qu'il ne sait se faire comprendre. Enfin le vrai sourd, quand il sait écrire, écrit les mots comme il les a vus, comme il les a lus; il peut faire des fautes de français, employer un mot pour un autre; il ne fait pas de fautes d'orthographe, il ne remplace pas une lettre ou un groupe de lettres par une autre lettre ou un autre groupe de lettres qui donnent le même son, *c* par *k* ou *q*, et ne coupe pas ses mots en deux, etc. Le faux sourd, au contraire, écrit comme il a parlé ou comme il a entendu parler; il écrire *quome, quoment*, au lieu de *comme* ou *comment*, et ainsi de suite. »

L'*otorrhée*, ou suppuration du canal auditif externe, a été souvent simulée, dans la surdité incomplète, par l'introducteur de corps étrangers ou de substances irritantes dans l'oreille. L'examen avec le spéculum de Toynbee, et un traitement approprié de quelques jours permettront de déjouer la fraude.

D. **Fosses nasales.** — Pour simuler des *polypes* des fosses nasales, on a introduit dans le nez des morceaux de viandes, des reins des jeunes lapins; pour l'*ozène*, du vieux fromage ou des éponges imprégnées de matières putrides. Le diagnostic est facile à établir avec le *spéculum nasi* de S. Duplay.

E. **Appareil de la mastication et de la déglutition.** — La présence ou l'absence de certaines *dents* n'a plus aujourd'hui la même importance qu'autrefois, le soldat n'étant plus obligé de déchirer les cartouches. Une bonne dentition et un état suffisant des gencives sont cependant nécessaires pour mâcher le biscuit; dans les cas où un sujet se présente au conseil de révision avec des dents de moins et des gencives saines, il faut s'en rapporter à des certificats de médecin ou à la notoriété publique, pour savoir si

la perte de dents est naturelle ou a été provoquée. La *dysphagie* a été quelquefois simulée pour se faire réformer. On séquestrera le sujet, en le faisant surveiller, pour voir s'il ne mange pas en cachette; enfin on pourra avoir recours au cathétérisme de l'œsophage, qui permet de constater l'absence ou la présence d'un corps étranger ou d'un rétrécissement, en alimentant en même temps l'individu.

F. **Organes de la phonation.** — Le *bégaiement* est facile à reconnaître, parce que les simulateurs l'exagèrent et affectent ne pouvoir prononcer distinctement aucun mot, ce que font toujours les véritables bègues. D'ailleurs cette infirmité se guérit actuellement par les méthodes de Colombat ou de Chervin.

L'*aphonie complète*, qui s'observe surtout dans l'hystérie, est tellement rare chez l'homme que, suivant Legrand du Saulle, on doit toujours soupçonner la simulation. On a eu recours, pour la découvrir, à l'ivresse, au chloroforme et à l'éther. L'*aphonie incomplète*, qui tient toujours à une lésion laryngée (ulcérations, inflammation, paralysie des cordes vocales), est facile à constater au laryngoscope; lorsqu'on ne trouve aucune lésion qui puisse l'expliquer, on doit supposer la fraude.

G. **Maladies du cou.** — On a essayé de simuler le *goitre* au moyen de l'insufflation du tissu cellulaire de la région du cou. Cette ruse grossière est facile à reconnaître. Il n'en est plus de même du goitre provoqué par un séjour plus ou moins prolongé dans un pays où cette affection est endémique, par suite de l'usage de certaines eaux. Bouchardat pense qu'on devrait, dans l'intérêt même du malade, accepter pour le service militaire les goitreux qui ne présentent pas d'autres signes de dégénérescence; le changement de climat ne pouvant que modifier favorablement cette singulière affection.

H. **Organes thoraciques.** — Nous avons vu plus haut comment on pouvait simuler l'*hémoptysie*, un des signes caractéristiques de la *phthisie pulmonaire*. Cette dernière, à quelque degré qu'elle soit, est une cause de réforme; mais, comme elle est facile à reconnaître, elle est rarement simulée. Elle est quelquefois alléguée, et des conscrits préten-

dent avoir eu à plusieurs reprises des crachements de sang. Si, d'après des renseignements sérieux, il y a des antécédents héréditaires, si l'examen de la poitrine et l'auscultation ne donnent pas des résultats absolument satisfaisants, suivan Legrand du Saulle, l'exemption doit être accordée. Quelquefois, au contraire, la phthisie est dissimulée, par exemple dans les cas de remplacement militaire ou pour contracter une assurance sur la vie. Il ne faut pas alors se fier aux apparences, mais examiner à fond la poitrine, et, s'il y a quelque doute, l'exprimer dans le rapport.

Parmi les *maladies du cœur*, les *palpitations* sont les seules qu'on puisse simuler, soit par une course rapide avant l'examen, soit par l'abus momentané de substances excitantes, comme le tabac, le thé ou le café. La supercherie est facile à découvrir par une surveillance de quelques jours, en mettant l'individu dans l'impossibilité de reproduire les excès en question.

La *faiblesse de constitution* est fréquemment prétextée comme cause de réforme. Voici les caractères de cette espèce d'état morbide, d'après une circulaire du ministre de la guerre en date du 2 avril 1862 : « Parmi les traits caractéristiques de cette cause d'exemption, on peut signaler les suivants : taille trop élevée par rapport à la largeur du corps; cou allongé et mince; poitrine étroite, enfoncée ou aplatie ; ventre déprimé. Les membres , au lieu d'être renflés à la partie qui correspond au centre des muscles et de se rétrécir vers les jointures , présentent un état inverse; les extrémités des os sont gonflées, les articulations empâtées, et les parties intermédiaires grêles, effilées; la peau est sèche et rude, ou molle et flasque, dégarnie de poils; les lèvres sont pâles et blafardes; la voix est peu vibrante, la parole peu accentuée; les gestes enfin sont mous et lents. Toutefois cette apparence d'exténuation peut tenir à des causes accidentelles, se présenter dans la convalescence des maladies aiguës ou même provoquées; mais on distingue facilement cette émaciation, indépendante de la constitution, à la conservation d'une certaine animation des traits, à des restes de coloration de la peau qui n'atteint jamais la pâleur diaphane de la faiblesse constitutionnelle. »

I. **Organes abdominaux.** — Le *vomissement* est quelquefois simulé chez les militaires; on recherchera d'abord s'il existe quelque affection de l'estomac qui puisse l'expliquer, puis on soumettra l'individu à une surveillance sévère ou à l'application de révulsifs plus ou moins énergiques. — La simulation de la *diarrhée* se découvrira également par une surveillance de quelques jours et la séquestration. — La *tympanite* peut être produite artificiellement par l'accumulation, dans le tube digestif, d'une grande quantité de gaz arrêtés par le simulateur, ou par l'injection d'air dans le rectum (Percy). La fraude n'est pas facile à découvrir; il faut surtout comparer le bon état général du sujet avec les lésions graves qui s'accompagnent d'un gonflement plus ou moins marqué de l'abdomen. — Les *hernies* ne peuvent être simulées, mais sont quelquefois dissimulées par les remplaçants. Lorsqu'on a des raisons pour soupçonner l'individu, le diagnostic est facile à établir.

J. **Organes génitaux urinaires.** — Comme l'affection précédente, l'*hypospadias*, l'*épispadias* et les *fistules urinaires* ne sont pas simulés, mais peuvent être dissimulés. La fausse *rétention d'urine* est facile à reconnaître : il suffit d'introduire une sonde dans la vessie et de la retirer aussitôt, pour voir la miction une fois commencée se continuer malgré tous les efforts de l'individu (Legrand du Saulle).

L'*incontinence d'urine continuelle* est impossible à simuler avec succès; l'incontinence d'urine *nocturne* est au contraire facile à feindre et difficile à découvrir, surtout si l'on a affaire à un homme habile. Quelquefois une surveillance rigoureuse et prolongée est insuffisante, et Bégin a été obligé de recourir à des menaces d'applications de fer rouge, quelquefois à de véritables cautérisations du périnée pour découvrir la supercherie. Legrand du Saulle blâme absolument cette manière de procéder.

Les *tumeurs des bourses*, par insufflation d'air dans le tissu cellulaire, sont faciles à reconnaître; quant au *varicocèle*, il ne peut être simulé; mais les jeunes soldats l'exagèrent souvent par des marches prolongées, la compression de l'anneau, ou l'application de cataplasmes bien chauds.

Les *fistules à l'anus* peuvent s'obtenir artificiellement avec des incisions plus ou moins profondes entretenues avec des racines de tithymale et d'ellébore. Il est très difficile de découvrir la fraude, et l'on est obligé de soumettre l'individu à une surveillance prolongée.

K. **Colonne vertébrale.** — Les *déviations du rachis* (cyphose, scoliose, lordose) sont beaucoup plus difficiles à imiter qu'on ne croit, et la fraude se découvre aisément.

L. **Membres inférieurs.** — L'*ankylose incomplète* attribuée à une contusion, une luxation ou une fracture ancienne est souvent simulée ; mais la simulation ne résiste pas à un examen sérieux : on constate d'abord l'absence de toute trace d'inflammation articulaire ou les déformations dues à l'existence du cal; en outre, dans l'ankylose vraie, les mouvements limités de l'articulation se produisent sans difficulté, sans douleur et s'arrêtent brusquement au même degré, sans l'intervention des muscles. Dans l'ankylose simulée, les mouvements sont difficiles dès le début, et le simulateur se croit obligé de pousser des cris de douleur; enfin les mouvements communiqués ne s'arrêtent pas toujours au même point, et il est facile, par la palpation, de constater que cet arrêt est dû à la contraction des muscles.

Les *douleurs rhumatismales* et la *sciatique* sont quelquefois alléguées ou simulées par les jeunes conscrits. Le diagnostic ne présente pas de difficulté. On simule aussi quelquefois les *paralysies* dites essentielles, pour se faire réformer ou obtenir des dommages-intérêts, à la suite de blessures par imprudence. Si, dans ce dernier cas, on ne constate aucune trace d'atrophie des muscles prétendus paralysés, si d'un autre côté la contractilité électrique persiste, la simulation est bien probable. On peut, dans ce cas, administrer de l'éther ou du chloroforme jusqu'à la période d'excitation, en maintenant les membres sains et en laissant en liberté le membre prétendu paralysé ; on verra celui-ci s'agiter comme les autres.

Les *varices* sont provoquées par l'application, autour des cuisses ou des jambes, d'un lien plus ou moins serré, qui produit une certaine distension des veines superficielles ou exagère des varices réelles, mais peu marquées. Il est facile

de les faire disparaître. D'autres fois, les varices sont *dissimulées* par un repos de plusieurs jours et l'application d'un bandage roulé. Suivant Bégin, pour reconnaître la supercherie, on fait marcher l'individu suspect, puis on le fait tenir alternativement sur l'une et l'autre jambe, en serrant avec la main le membre au niveau des jarrets pour gêner le retour du sang veineux.

Nous avons vu plus haut comment on pouvait reconnaître les *ulcères* et les *plaies* produites ou entretenues artificiellement.

La *claudication* simulée est facile à reconnaître ; il suffit de faire coucher le malade et de mesurer exactement et méthodiquement les deux membres inférieurs. Il en est de même des *pieds plats*, qui sont plus souvent dissimulés que simulés ; la démarche seule suffit pour montrer la dissimulation : l'individu marche en effet en posant sur le sol le bord externe du pied, et en soulevant fortement le bord interne par la contraction du jambier antérieur et de l'extenseur propre du gros orteil. Une simulation plus difficile à découvrir, c'est le *chevauchement des orteils*, qu'on obtient en attachant pendant longtemps le premier orteil au troisième, le deuxième étant maintenu au-dessous.

6° **Mutilations.** — De toutes les mutilations volontaires (coups, blessures, plaies, arrachements des dents, etc.) provoquées pour se dispenser du service militaire, la plus usitée est celle qui consiste à détruire l'*index de la main droite*. Cette mutilation peut être produite avant le conseil de révision ; dans ce cas, il faudra recourir à une enquête pour élucider le fait de culpabilité ; — ou bien pendant le service militaire : le soldat se fait sauter la dernière phalange de l'index, qu'il applique sur l'extrémité du canon au moment où part le fusil ; on constatera sur le doigt toutes les lésions des plaies par armes à feu faites à bout portant.

Manière de procéder à l'expertise. — Legrand du Saulle résume dans les termes suivants la conduite que doit suivre l'expert, pour découvrir la simulation ou la dissimulation : 1° se tenir sur ses gardes ; — 2° procéder à l'examen du sujet, examen complet, tiré des renseignements sur la valeur morale du sujet et ses antécédents, de l'histoire de

sa maladie faite par lui-même et surtout de la constatation exacte et rigoureuse des symptômes objectifs; — 3° si le doute persiste, ou pour obliger l'individu reconnu simulateur à capituler, recourir à la ruse, à des stratagèmes variés, suivant les circonstances, les lieux, la tournure d'esprit du médecin et le caractère de l'homme qui est soumis à son examen; — 4° le menacer de l'emploi d'un traitement violent, fer rouge, cautère, moxas, etc.; — 5° n'en venir à l'emploi de ces moyens qu'autant qu'ils peuvent être utiles, dans le cas où la maladie serait réelle; — 6° l'éther et le chloroforme, complètement innocents tant qu'on ne dépasse pas la période d'excitation, peuvent être employés avec utilité, dans beaucoup de cas (aphonie, surdité, ankylose, contractures, paralysie, etc.).

Dans les questions d'assurances sur la vie, il faut toujours avoir l'attention éveillée sur la phthisie, sur les affections organiques du cœur, sur le cancer, rechercher s'il n'existe pas de traces d'opérations motivées par cette maladie; enfin, surtout chez les vieillards, penser aux affections chroniques avancées des organes génito-urinaires.

7° **Maladies communiquées.** — Ces maladies se divisent en deux catégories : 1° la *syphilis*, qui est particulière à l'homme; — 2° la *rage*, la *morve* et la *farcin*, qui frappent certaines espèces animales et peuvent se transmettre à l'homme.

A. **Syphilis.** — La question de la transmission de la syphilis est une de celles qui sont le plus fréquemment soumises à l'appréciation médico-légale, soit au point de vue de la séparation de corps, soit pour des poursuites en dommages-intérêts.

Suivant Tardieu, la syphilis peut être transmise : 1° par rapports sexuels, — 2° par allaitement, — 3° par contact ou inoculation accidentelle.

a. *Syphilis transmise par rapports sexuels.* — Dans cette classe se rangent les faits de procès survenant entre époux, d'enquêtes dans les instances en séparation de corps, de constitution de parties civiles et de demandes d'indemnités, dans le cours de poursuites criminelles en matière de viol et attentats à la pudeur, etc. Cette dernière catégorie de faits

est même de beaucoup la plus fréquente; nous l'étudierons plus spécialement au chapitre des *Attentats aux mœurs.*

En ce qui concerne la transmission de la syphilis entre époux, au point de vue de la séparation de corps, nous avons vu précédemment que le médecin légiste devait agir avec la plus grande prudence; sa position est extrêmement délicate, et il doit, suivant le conseil de Tardieu, refuser les certificats de complaisance, dont on peut abuser. La grande difficulté n'est pas de constater la maladie, mais d'en déterminer l'origine et de préciser qui de l'homme ou de la femme l'a transmise à l'autre. L'expert aura aussi à se tenir en garde contre les tentatives de fraude; ainsi Diday cite l'exemple d'une femme qui, plaidant en séparation, entretenait une prétendue syphilide sur la peau de son enfant, à l'aide de cautérisations répétées, et alléguait cette maladie simulée pour demander la séparation.

b. *Syphilis transmise par allaitement.* — La maladie vénérienne peut être transmise *de l'enfant à la nourrice* ou *de la nourrice à l'enfant.* Les faits de ce genre ne sont malheureusement pas rares, et donnent lieu à des procès souvent fort embarrassants, aussi bien pour le médecin légiste que pour le médecin traitant. Les faits se présentent presque toujours dans les mêmes conditions : l'action judiciaire est soulevée tantôt par la nourrice, beaucoup plus rarement sur la plainte des parents; dans le premier cas, la nourrice contaminée se plaint tardivement, le nourrisson est mort souvent, il est difficile de confronter les deux personnes et de savoir qui a donné la syphilis à l'autre. Dans le second cas, les parents n'intentent qu'une action défensive, ou, comme on dit, reconventionnelle, afin de repousser la responsabilité qui leur est imputée.

Voici, suivant Tardieu, quelle doit être la conduite du médecin traitant, celle de l'expert, et comment on doit apprécier les faits.

Rôle du médecin traitant. — Un enfant de père et de mère infectés vient au monde sans symptômes apparents, que doit-on faire pour l'allaitement? L'enfant peut succomber s'il n'a pas de nourrice, mais il y a possibilité d'infection ultérieure. Sur cette question, qui a été vivement discutée par

la Société de médecine du département de la Seine, les opinions sont très partagées : suivant les uns, en vertu du secret médical, on ne doit pas prévenir la nourrice, et, en cas d'accidents, laisser toute la responsabilité aux parents ; — suivant les autres, le secret médical ne peut être obligatoire lorsqu'une personne innocente peut en être victime.

D'après Tardieu, il n'y a qu'un moyen pour le médecin de se mettre à l'abri de toute responsabilité : c'est de conseiller l'allaitement maternel ou l'allaitement artificiel, à moins de trouver une nourrice qui, préalablement avertie, consente cependant à prendre le nourrisson et à courir les chances de l'infection. Dans le cas où le médecin sait que l'enfant est infecté, il ne doit pas le dissimuler à la nourrice, même en la soumettant à son insu à un traitement anti-syphilitique ; sa responsabilité dans ces conditions serait gravement engagée (A. Fournier).

Rôle de l'expert. — Son rôle est des plus délicats et entouré de difficultés et d'obscurités plus apparentes que réelles, d'après Tardieu, si l'expert a le soin de se dégager préalablement de toute préoccupation théorique.

Il doit d'abord s'attacher à déterminer exactement et à bien préciser les faits, en se basant d'une part sur l'examen direct des personnes atteintes, d'autre part sur l'appréciation médicale des témoignages recueillis dans l'enquête, ou des allégations contradictoires des parties intéressées. Il ne devra jamais oublier que sa mission ne consiste pas à découvrir le point de départ originel de la maladie, mais à établir s'il existe une relation directe, un lien entre la maladie du nourrisson et celle de la nourrice. Tardieu repousse comme inutile l'examen des parents, les traces d'une syphilis ancienne pouvant disparaître aussi bien chez le père que chez la mère ; d'ailleurs la recherche de la paternité syphilitique est absolument impossible.

L'expert devra donc se borner à établir la réalité de la maladie et sa transmission successive, d'après la date, le siège et la forme des lésions spécifiques : 1° par l'examen de l'enfant et l'appréciation des faits qui le concernent ; — 2° par l'examen de la nourrice et l'appréciation des faits qui la concernent soit directement, soit indirectement.

Examen de l'enfant. — Le plus ordinairement, l'enfant est né en apparence bien portant; on observe rarement, au moment même de la naissance, des plaques muqueuses, des bulles de pemphygus à la plante des pieds ou dans la paume des mains, et tout à fait exceptionnellement des exostoses signalées par Laborie.

Le moment où apparaissent les premières manifestations de la syphilis congénitale est d'une importance capitale : d'après une statistique de Diday de Lyon, portant sur 158 cas, les premiers signes se montrent le plus habituellement entre le *premier* et le *second mois*. Quant aux symptômes de cette forme particulière de la syphilis, ils sont bien connus. Voici les principaux ; plaques muqueuses, élément capital du diagnostic, siégeant soit à l'entrée de la bouche et des narines, soit au pourtour de l'anus et des organes sexuels ; — éruptions diverses, vésiculeuses, pustuleuses ou bulleuses ; — onyxis spécifique ; — coryza tout particulier, persistant, rebelle, désigné dans certains pays sous le nom de *nifflette ;* — catarrhe des bronches ; — lésions des poumons, du thymus, du foie ; — au bout d'un temps très court, état de cachexie et de sénilité anticipée.

Examen de la nourrice. — Cet examen doit servir en quelque sorte de base à l'appréciation médico-légale ; aussi devra-t-on soumettre la nourrice à une exploration complète, les antécédents ne pouvant être connus que par son dire ou celui de personnes plus ou moins intéressées à la déclarer saine.

Si l'on suppose que la contagion s'est réellement faite du nourrisson à la nourrice, voici dans quel ordre se fait l'évolution syphilitique : l'apparition du mal chez elle est toujours postérieure à la maladie de l'enfant, et a lieu en général après un temps qui varie de trois semaines à trois mois ; le premier symptôme consiste en un bouton induré à l'extrémité ou à la base du mamelon ; le bouton s'ulcère et prend tous les caractères du chancre infectant : il est généralement unique, solitaire, exceptionnellement multiple ; il affecte ordinairement la base du mamelon, quelquefois l'aréole, et très rarement la peau du sein, en dehors de l'aréole. Cette ulcération, généralement superficielle,

quelquefois profonde, détermine rapidement l'engorgement des ganglions de l'aisselle. Trois, quatre, six mois après surviennent les syphilides, l'alopécie, l'engorgemen des ganglions cervicaux ; il n'existe aucune lésion du côté des organes génitaux, si ce n'est très tardivement, et comme accessoire d'une éruption générale de syphilides secondaires.

L'examen des enfants de la nourrice peut donner de précieuses indications : par exemple lorsque ses enfants, très bien portants avant que la mère ait pris un nourrisson, présentent depuis des symptômes d'infection ; ou bien encore lorsque la nourrice, avant d'avoir nourri le petit malade, a eu plusieurs enfants sans en perdre un seul, et fait depuis des fausses couches ou perd tous ses enfants en bas âge ; on doit soupçonner l'infection syphilitique.

L'examen du mari de la nourrice est également nécessaire, mais on peut se trouver en face de la difficulté suivante : le mari et la nourrice peuvent avoir puisé simultanément la syphlilis à une source différente ; cette complication est en somme assez rare, et l'absence de tout symptôme d'infection aura une certaine valeur morale pour apprécier l'origine du mal.

Ajoutons enfin que quelquefois un seul nourrisson infecte plusieurs femmes, soit que celles-ci allaitent tour à tour l'enfant malade, soit qu'elles l'aient seulement soigné. On a vu ainsi de véritables épidémies frapper un nombre plus ou moins considérable d'individus (Stark, Waller, Bardinet, Diday).

Appréciation des faits et des objections soulevées. — Les faits une fois bien constatés, il reste à les interpréter, et alors deux cas, deux objections se présentent : 1° d'abord, au point de vue de la réalité même de la maladie, il n'y a eu syphilis ni chez l'enfant ni chez la nourrice. Chez l'enfant, on peut attribuer les symptômes observés à une éruption dépendant de troubles digestifs, à une simple irritation de la peau causée par des excrétions naturelles, à une affection catarrhale du nez et des yeux, à des aphthes ou à une constitution chétive. Chez la nourrice, il s'agira simplement de crevasses ou d'abcès du mamelon, d'engorgements scrofuleux dans les aisselles, d'humeurs froides, de vice de

constitution, ou enfin de l'abus d'un traitement anti-syphilitique prescrit sans motif. — 2° La nourrice a bien la syphilis, mais elle l'a contractée par une autre voie que l'allaitement, et elle l'a donnée à son nourrison. Le diagnostic reposera principalement sur l'examen comparatif du sein et des organes génitaux ; le siège de la lésion acquiert ici une importance capitale : nous avons vu que, dans le cas d'infection de la nourrice par l'enfant, c'est toujours par le sein que le mal commence ; les organes génitaux ne sont pris que secondairement et très tard. Ceux-ci sont pris au contraire dès le début, dans le cas de syphilis contractée par une autre voie que l'allaitement.

La syphilis transmise par contact et inoculation accidentels ou volontaires. — Les faits de ce genre, au point de vue de la responsabilité légale, sont extrêmement complexes. Tardieu les range sous cinq chefs :

1° *Transmission de la syphilis par contact accidentel.* — La transmission peut se faire par des excoriations, des plaies de la peau en contact accidentellement avec les parties infectées ; le plus souvent, elle a lieu par la *bouche*, soit par suite de rapports naturels ou anormaux, soit par l'usage d'instruments usuels ou d'ustensiles (cuillers, verres, bouteilles, pipes, instruments de musique, etc.) ayant servi à des syphilitiques (Rollet).

2° *Inoculations syphilitiques accidentellement produites par le tatouage et par la circoncision.* — La circoncision, suivie d'hémostase par succion, a été souvent l'occasion de transmission syphilitique par les accidents buccaux. Ricord a fait abolir ce procédé par le Consistoire israélite de Paris.

3° *Inoculations syphilitiques accidentellement produites par la vaccination.* — Ces faits, suivant Tardieu, sont des plus discutables, et rien ne prouve que la transmission syphilitique puisse se faire réellement par cette voie. Il cite à l'appui l'expérience de Lecœur, qui se vaccina, lui et ses deux enfants, avec du vaccin pris sur un individu manifestement syphilitique, et ne constata aucune trace d'infection. Au point de vue théorique, le fait de transmission syphilitique par le vaccin est en effet en contradiction avec ce principe de pathologie générale, que les maladies virulentes

ne peuvent transmettre que cette maladie virulente elle-même. Ainsi le pus vaccinal ne donnera jamais que la vaccine, tout comme le pus du farcin ne donnera que le farcin ou la morve, et non la variole ou la syphilis. Pourtant il est impossible de nier que la transmission de la syphilis ait eu lieu par la vaccination. Comment donc expliquer ce fait? Suivant Viennois, « ce n'est pas le pus vaccinal qui donne la syphilis, mais le sang dont se charge la pointe de la lancette, le sang qui est essentiellement contagieux chez les syphilitiques. C'est par l'intermédiaire du sang du sujet vaccinant que la vaccination transmet la syphilis, et, cela étant, le premier symptôme qui apparaîtra sera un chancre. »

4° *Inoculations accidentellement produites par l'incurie de certains opérateurs à l'aide d'instruments contaminés.* — En dehors de la transmission à l'aide de lancettes imprégnées de sang syphilitique, on a vu des cas d'inoculation : par des scarificateurs ayant servi à scarifier des individus atteints de syphilis (Sperino, Viennois, A. Fournier); — par le cathétérisme de la trompe d'Eustache pratiqué avec une sonde malpropre (Ricord); — par l'usage d'un spéculum contaminé (Tardieu); — enfin par l'usage de serres-fines ayant servi à opérer un malade atteint de chancres (A. Fournier).

5° *Inoculations syphilitiques volontairement pratiquées dans un but expérimental ou thérapeutique.* — Des médecins ont été poursuivis et condamnés pour avoir pratiqué, dans des intentions qu'on ne pouvait suspecter, des inoculations syphilitiques à des individus non atteints de syphilis.

B. **Maladies contagieuses communiquées des animaux à l'homme.** — Ce sont le *charbon*, la *rage*, la *morve* et le *farcin*. La contagion peut s'effectuer soit par l'imprévoyance de ceux auxquels appartiennent les animaux, soit par les nécessités professionnelles que subit l'ouvrier ou le serviteur. Dans ces cas, d'ailleurs assez rares, le propriétaire et le maître sont responsables du dommage produit, c'est-à-dire de la maladie transmise et de ses conséquences.

a. *Morve et farcin.* — Il paraît actuellement bien démontré, depuis les recherches de Rayer en 1837, que ces affections sont essentiellement contagieuses et communicables non seulement du cheval à l'homme, mais même de l'homme à l'homme.

On les observe surtout dans les espèces chevalines et bovines, et elles peuvent se présenter à l'état aigu ou à l'état chronique ; souvent même la morve aiguë vient compliquer le farcin chronique.

La *morve* est principalement caractérisée par les symptômes suivants : tuméfaction des ganglions lymphatiques, surtout ceux de la région maxillaire ; ces ganglions sont mous et douloureux au toucher ; — *jetage* ou écoulement par les deux narines de matières jaunâtres, couleur de safran et mêlées de stries sanguinolentes ; — sur la pituitaire, développement d'ulcères nombreux ou de chancres ayant un aspect rouge, noirâtre ou lie de vin ; leur surface est couverte d'une croûte noirâtre.

Dans le *farcin* aigu, et surtout dans le farcin *chronique*, on trouve sur plusieurs parties du corps, en dehors des tuméfactions ganglionnaires, des tumeurs d'aspect moliniforme ou disposées en chapelet, formées par l'engorgement des vaisseaux lymphatiques, et s'accompagnant d'un état général d'autant plus grave que les tumeurs sont abcédées en plus grand nombre.

b. *Rage.* — La rage se développe spontanément dans la race canine ; on l'a observée quelquefois chez le chat et chez des poules. Elle se transmet de l'animal à l'homme par la bave que les animaux malades déposent dans leurs morsures ; il n'existe pas d'exemple de communication de l'homme à l'homme.

Le rôle de l'expert, dans des cas de ce genre, est de bien rattacher la mort ou la maladie à leur véritable cause, de bien préciser, par exemple, pour la responsabilité de qui de droit, que l'animal était réellement enragé et que l'individu qui a succombé a bien été mordu par lui.

8° **Maladies produites accidentellement ou involontairement par imprudence ou négligence et pouvant donner lieu à une action judiciaire.** — Les maladies de ce genre dues à l'imprudence ou à la négligence sont extrêmement nombreuses. Tardieu les groupe en cinq classes :

a. *Maladies provenant de denrées alimentaires avariées, altérées ou falsifiées*, telles que les viandes de mauvaise qualité, corrompues ou trop peu faites, la charcuterie mal préparée.

les coquillages ou les poissons gâtés, les céréales malades, les graines avariées, les boissons soumises à des mélanges nuisibles (mutage des vins), la saumure, la nielle des blés, etc. Dans les cas où l'action toxique est très violente, on observe les symptômes de l'indigestion, ou de certains empoisonnements aigus, ou encore du choléra sporadique. Lorsque l'action est lente, et due à l'usage prolongé d'une denrée altérée, les symptômes affectent les formes plus complexes de l'ergotisme, de la pellagre ou de l'entérite chronique.

b. *Empoisonnements ou asphyxies accidentels.* — L'*asphyxie* peut être produite par des appareils de chauffage mal établis ou employés sans précaution, par des calorifères mobiles, ou résulter des vices de construction dans les habitations.

Les *empoisonnements* peuvent être dus à l'emploi de substances destinées aux usages domestiques (vases de cuivre, de plomb, de zinc, etc.), ou utilisées dans l'industrie. Dans ce dernier cas, les accidents qui peuvent se produire soit par le fait de la fabrication, soit par l'usage d'objets imprégnés de poisons (cosmétiques, papiers peints, fleurs, etc.), engagent la responsabilité des fabricants ou des marchands vis-à-vis des ouvriers ou du public.

c. *Maladies résultant d'erreurs dans la prescription ou l'administration des remèdes.* — Les accidents peuvent provenir, de la part des médecins, d'une erreur dans le choix ou dans la dose d'un médicament actif ou d'une ordonnance mal écrite ; de la part du pharmacien, d'une confusion de substances ou de bocaux. Ces erreurs engagent évidemment la responsabilité du médecin et du pharmacin. Le rôle de l'expert, dans ces circonstances, sera d'établir que la dose excessive portée sur l'ordonnance du médecin, ou que la substitution involontaire faite par le pharmacien, est bien la cause des accidents ou de la mort.

d. *Maladies contagieuses transmises des animaux (farcin, morve).*

e. *Maladies contagieuses communiquées par un individu à l'autre (syphilis).*

Nous avons vu ces deux classes de maladies précédemment (p. 213).

Du service militaire. — Maladies qui en exemptent. Simulation de ces maladies.

Législation. — Extrait de la loi du 27 juillet 1872 sur le recrutement de l'armée :

Art. 1er. — Tout Français doit le service militaire personnel.

Art. 3. — Tout Français qui *n'est pas déclaré impropre à tout service* militaire peut être appelé, depuis l'âge de vingt ans jusqu'à celui de quarante, à faire partie de l'armée active ou des réserves, selon le mode déterminé par la loi.

Art. 16. — Sont exceptés du service militaire les jeunes gens que leurs infirmités rendent impropres à tout service actif ou auxiliaire dans l'armée.

Art. 18. — Peuvent être ajournés deux années de suite à un nouvel examen les jeunes gens qui, au moment de la réunion du Conseil, n'ont pas la taille de 1m,54 ou sont reconnus d'une constitution trop faible pour un service armé. Les jeunes gens ajournés à un nouvel examen sont tenus, à moins d'une autorisation spéciale, de se représenter au Conseil de révision du canton devant lequel ils ont comparu. Après l'examen définitif, ils sont classés ; et ceux de ces jeunes gens reconnus propres, soit au service armé, soit à un service auxiliaire, sont soumis, selon la catégorie dans laquelle ils sont placés, à toutes les obligations de la classe à laquelle ils appartiennent.

Art. 28. — Les jeunes gens sont convoqués, examinés et entendus par le Conseil de révision. Dans le cas d'exemption pour infirmités, le Conseil de révision ne prononce qu'après avoir entendu le médecin qui assiste au Conseil (aux termes de l'article 97, un médecin militaire, ou, à défaut, un médecin civil désigné par l'autorité militaire).

Art. 30. — Hors les cas où il s'agit de statuer sur des questions judiciaires ou relatives à l'état ou aux droits civils des jeunes conscrits, les décisions du Conseil de révision sont définitives.

Art. 31. — Après que le Conseil de révision a statué sur le cas d'exemption et de dispense..., la liste du recrutement du canton est arrêtée ; cette liste, divisée en cinq parties, comprend... 4° les jeunes gens qui pour défaut de taille ou pour toute autre cause ont été dispensés du service dans l'armée active, mais ont été reconnus aptes à faire partie d'un des services auxiliaires de l'armée ; 5° enfin les jeunes gens qui ont été ajournés à un nouvel examen.

Art. 63. — Tout homme qui est prévenu de s'être rendu impropre au service militaire, soit temporairement, soit d'une manière permanente, dans le but de se soustraire aux obligations imposées par la présente loi, est déféré aux tribunaux, soit sur la demande des Conseils de révision, soit d'office, et s'il est reconnu coupable, il est puni d'un emprisonnement d'un mois à un an.

Sont également déférés aux tribunaux et punis de la même peine les jeunes gens qui, dans l'intervalle de la clôture de la liste cantonale à leur mise en activité, se sont rendus coupables du même délit.

A l'expiration de leur peine, les uns et les autres sont mis à la disposition du ministre de la guerre pour le temps qu'ils doivent à l'Etat, et peuvent être envoyés dans une compagnie de discipline.

La peine portée au présent article est prononcée contre les complices. Si les complices sont des médecins, chirurgiens, officiers de santé ou pharmaciens, la durée de l'emprisonnement est de deux mois à deux ans, indépendamment d'une amende de 200 à 1000 francs, qui peut aussi être prononcée et sans préjudice de peines plus graves dans le cas prévu par le Code pénal.

Art. 64. — Ne compte pas pour les années de service exigées par la loi le temps pendant lequel un militaire a subi la peine de l'emprisonnement en vertu d'un jugement.

Art. 66. — Les médecins, chirurgiens ou officiers de santé qui, appelés aux Conseils de révision à l'effet de donner leur avis conformément aux articles 16, 18 et 28, auront reçu des dons ou agréé des promesses pour être favorables aux jeunes gens qu'ils doivent examiner, seront punis d'un emprisonnement de deux mois à deux ans. Cette peine leur sera appliquée soit qu'au moment des dons ou promesses ils aient déjà été désignés pour assister au Conseil, soient que les dons ou promesses aient été agréés dans la prévoyance des fonctions qu'ils auraient à remplir. Il leur est défendu, sous la même peine, de rien recevoir même pour une réforme justement prononcée.

Art. 67. — Les peines prononcées par les articles 60, 62 et 63 sont applicables aux tentatives de délits prévus par ces articles. Dans le cas prévu par l'article 66, ceux qui ont fait des dons ou promesses sont punis des peines portées par ledit article contre les médecins, chirurgiens ou officiers de santé.

Art. 68. — Dans tous les cas où la peine d'emprisonnement est prononcée par la présente loi, les juges peuvent, suivant les circonstances, user de la faculté exprimée par l'article 463 du Code pénal.

Code de justice militaire (loi du 9 juin 1857). Art. 261. — Est puni de la dégradation militaire, tout militaire, tout administrateur ou comptable militaire coupable de l'un des crimes de corruption ou de contrainte prévus par les articles 177 et 179 du Code pénal ordinaire. Dans les cas où la corruption ou la contrainte auraient pour objet un fait criminel emportant une peine plus forte que la dégradation militaire, cette peine plus forte est appliquée au coupable. S'il existe des circonstances atténuantes, le coupable est puni de trois mois à deux ans d'emprisonnement. Toutefois, si la tentative de contrainte ou de corruption n'a eu aucun effet, la peine est de trois à six mois d'emprisonnement.

Art. 262. — Est puni d'un an à quatre ans d'emprisonnement, tout médecin militaire qui, dans l'exercice de ses fonctions et pour favoriser

quelqu'un, certifie faussement ou dissimule l'existence de maladies ou d'infirmités. Il peut en outre être puni de la destitution. S'il est mû par des dons ou promesses, il est puni de la dégradation militaire. Les corrupteurs sont en ce cas punis de la même peine.

INSTRUCTION DU CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES

TITRE Ier. — Observations préliminaires.

Des qualités requises pour l'admission dans l'armée.

Le service militaire, en raison des fatigues, des privations et des dangers exceptionnels qu'il entraîne, exige des conditions d'aptitude dont le médecin militaire doit avoir une connaissance spéciale et approfondie.

Tout homme, pour réagir avec efficacité contre les vicissitudes inhérentes à la vie militaire, doit être sain, d'une forte constitution et jouir de la plénitude de ses facultés physiques et intellectuelles ; enfin n'être atteint d'aucun vice de conformation, d'aucune infirmité ou maladie qui soit de nature à le rendre inapte à l'un des services de l'armée.

Les vices de conformation, infirmités ou maladies incompatibles avec le service militaire peuvent entraîner :

Pour les sujets non encore incorporés : 1° l'inaptitude absolue, et faire déclarer l'exemption définitive ; 2° l'inaptitude temporaire, et motiver l'ajournement à un nouvel examen ; 3° l'inaptitude au service actif ou armé, et déterminer le classement dans le service auxiliaire.

Pour ceux qui sont sous les drapeaux : 1° l'impossibilité absolue de servir, de motiver la réforme ou la retraite ; 2° en ce qui concerne les hommes liés au service postérieurement à la loi du 27 juillet 1872, l'inaptitude au service actif ou armé, et déterminer le classement dans le service auxiliaire.

I. — Visite des recrues, ou visite des hommes à choisir pour le recrutement de l'armée.

Les infirmités, causes d'exemption définitive, d'ajournement et de classement dans le service auxiliaire (art. 16, 18 et 28 de la loi du 27 juillet 1872), sont jugées par un conseil de révision, assisté d'un médecin militaire, ou, à défaut de celui-ci, d'un médecin civil désigné par l'autorité militaire.

IMPORTANCE DE LA VISITE MÉDICALE DES RECRUES, AU POINT DE VUE DE L'APTITUDE MILITAIRE.

Le choix des hommes à admettre dans l'armée est une opération très grave, à cause des intérêts sociaux et individuels qui s'y rattachent et des difficultés qui l'entourent.

Les médecins appelés par la loi, comme experts, à concourir à ce choix, contractent une grande responsabilité morale devant les conseils de révision, ou devant les représentants de l'autorité militaire près desquels leurs avis ont nécessairement une valeur très grande.

Le sentiment du devoir le plus absolu, la probité la plus sévère, l'intérêt combiné de la société, de l'armée et de l'individu doivent ne cesser jamais de les inspirer, et rester chez eux étroitement liés à la connaissance profonde de la pathologie interne et externe, des maladies spontanées et provoquées, des maladies simulées et dissimulées. Ils ne perdront jamais de vue que les maladies internes sont généralement les plus graves, les plus difficiles à reconnaître; que ce sont elles qui augmentent la mortalité, encombrent les hôpitaux et les infirmeries aux dépens du Trésor et des effectifs valides.

A ces divers points de vue, ils procéderont à leur examen avec prudence et avec le plus grand soin, en recourant à l'emploi de tous les moyens d'exploration que fournit la science. Ils ne prononceront pas de jugement sur l'aptitude ou l'inaptitude d'un individu, sur la foi de certificats médicaux, et sans l'avoir examiné; ils ne subiront l'influence de qui que ce soit, ni en faveur du visité, ni contre lui, et ils n'agiront que d'après leur propre conscience.

Pour l'accomplissement de leur mission, en ce qui concerne les opérations de recrutement, les médecins militaires doivent présenter trois conditions essentielles : 1° bien connaître le service qui leur est confié; 2° n'ignorer aucune des obligations du service militaire et des conditions spéciales dans lesquelles se trouve le soldat, en garnison, en marche, au bivouac, au combat; 3° enfin avoir les notions suffisantes sur la manière de servir dans les différentes armes.

L'obscurité qui enveloppe parfois le diagnostic et le pronostic de la maladie ou de l'infirmité, les fraudes auxquelles on est souvent en butte, et quelquefois les conditions au milieu desquelles on opère, sont les difficultés ordinaires auxquelles les médecins devront toujours être préparés.

Les conditions dans lesquelles se trouve un jeune homme présenté pour être admis ou maintenu dans l'armée, soit comme appelé, engagé volontaire ou rengagé, donnent *à priori* aux médecins un précieux élément d'appréciation.

Les appelés, dans le but de se soustraire au service, provoquent ou allèguent souvent des maladies ou des infirmités qu'ils n'ont pas, ou exagèrent l'importance de celles dont ils sont atteints. Les engagés volontaires et les rengagés, intéressés, au contraire, à se faire admettre ou à être maintenus sous les drapeaux, passent sous silence, dissimulent ou atténuent parfois la gravité de leurs maladies ou de leurs infirmités.

Les médecins auront toujours présents à l'esprit ces éléments d'appréciation.

Les jeunes gens prévenus de s'être rendus volontairement impropres

au service militaire étant, aux termes de la loi, déférés aux tribunaux (article 63), le médecin doit, dans les cas de cette nature, redoubler de prudence et de fermeté pour ne pas exposer un innocent à des poursuites judiciaires, et pour éviter de faire exempter un sujet qui aurait encouru la sévérité de la loi.

Quelle que soit d'ailleurs la position de celui qui est soumis à son examen, le médecin, en garde contre toute espèce de fraude, recherchera : 1° si l'individu n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité dont il ne connaîtrait pas lui-même l'existence ou la gravité; 2° si la maladie ou l'infirmité alléguée est réelle ou simulée; 3° et, dans le cas où elle serait réelle, si elle est spontanée ou provoquée.

Dans tous les cas, même après avoir constaté la simulation d'une maladie ou d'une infirmité donnant droit à l'exemption, si elle était réelle, le médecin procédera à un examen complet et rigoureux, car le sujet pourrait présenter à son insu un ou plusieurs motifs de véritable incapacité. Dès qu'un individu accuse une maladie ou une infirmité, la première question à résoudre est de savoir si la maladie est réelle ou simulée. Si elle est réelle, il faut déterminer de plus si elle est spontanée ou provoquée. Enfin, si elle est réelle, qu'elle soit spontanée ou provoquée, il faut voir si elle est suffisamment grave pour motiver l'inaptitude au service militaire.

Quand elle ne paraît pas incurable, mais que la guérison n'est probable que dans un temps qui pourrait être assez prolongé, ou qu'elle est de nature à n'entraîner que l'inaptitude temporaire du sujet à supporter les fatigues du service, elle devra motiver seulement l'ajournement à un nouvel examen.

Il en est ainsi pour la faiblesse générale de la constitution quand elle est due à un développement corporel insuffisant ou à une croissance incomplète; la débilité générale, provenant d'une maladie grave récente ou d'anémie ; les phlegmasies et les maladies internes aiguës, les accidents successifs de la syphilis, les tumeurs bénignes, les fistules superficielles, les ulcères de la cornée, et toutes les affections dont la guérison complète est probable, mais exige un temps prolongé qui ne doit pas dépasser la période légale d'ajournement.

Quand il s'agit d'un engagé volontaire, le médecin peut disposer de tout le temps et de tous les moyens nécessaires pour s'éclairer avant de donner son avis motivé ; mais, devant les conseils de révision, la solution de cette question n'est pas constamment facile, car il n'est pas toujours possible d'établir, séance tenante, soit le diagnostic de telle maladie, soit le pronostic de telle autre. Dans tous les cas douteux, le médecin fera bien d'engager le Conseil à user du droit de délai que lui donne la loi pour se procurer les documents de l'enquête qui serait reconnue nécessaire, et à suspendre son jugement, jusqu'à plus ample informé, pour tous ceux dont l'examen et l'appréciation réclameront des procédés d'exploration moins rapides.

Le même individu peut offrir à la fois plusieurs maladies ou infir-

mités. Chacune d'elles prise isolément peut être compatible avec les exigences du service militaire; tandis que réunies elles constituent un ensemble motivant l'inaptitude. Les cas de cette nature réclament de la part du médecin une grande attention et une expérience consommée.

La loi (article 17, § 2, n° 2) accorde la dispense au puîné d'orphelins de père et de mère, au fils puîné et au petit-fils puîné d'une veuve ou d'une femme dont le mari a été déclaré légalement absent, ou d'un père aveugle ou entré dans sa soixante-dixième année, lorsque l'aîné est devenu aveugle ou atteint de toute autre infirmité incurable [1] qui le rend impotent [2].

Les médecins devront bien se pénétrer de l'esprit de la loi en ce qui concerne cette disposition, qui, réclamée dans l'intérêt des familles, ne devra être appliquée, par les Conseils de révision, qu'après qu'ils auront bien constaté l'état physique de l'aîné d'orphelins, ou de l'aîné des fils ou petit-fils.

DES CONDITIONS GÉNÉRALES D'APTITUDE PHYSIQUE POUR L'ADMISSION DANS L'ARMÉE.

Tous les corps de l'armée ne nécessitent pas absolument les mêmes conditions d'aptitude physique. Mais on ne devra jamais s'écarter de ce principe que c'est l'aptitude réelle et constatée qui doit déterminer le choix, et que l'admission définitive s'applique exclusivement aux hommes dont l'état de santé et la constitution physique permettent de compter sûrement sur une résistance suffisante aux fatigues du service. Ainsi certains écarts de conformation n'exerçant sur la santé aucune influence fâcheuse et n'entravant pas la liberté des mouvements du corps ne doivent pas faire exclure du service, quand ces irrégularités physiques ne s'opposent pas à l'accomplissement des obligations du service, dans telle ou telle arme, dans tel ou tel corps [3].

1. L'incurabilité, quand il ne s'agit pas de perte absolue d'un membre ou d'un organe important, doit être prononcée lorsque les caractères séméiologiques de la blessure ou de l'infirmité et l'insuccès de traitements méthodiques suffisamment variés et prolongés s'accordent à faire présumer que le sujet ne guérira point, à moins de circonstances exceptionnelles que la science et l'expérience ne permettent pas de prévoir.

2. L'impotence, dans le sens légal, doit être considérée, comme l'impossibilité, par suite d'infirmités congénitales ou acquises de pourvoir à sa propre subsistance et de venir en aide à sa famille. Lorsqu'il s'agit d'infirmité acquise, l'impotence doit s'entendre de l'impossibilité de continuer à exercer la profession que l'on avait embrassée, ou toute autre profession en rapport avec les habitudes de l'individu.

3. En principe, le médecin doit seulement déclarer d'une manière absolue que l'homme est ou n'est pas propre au service militaire; mais, comme il

RÈGLES A OBSERVER POUR LES CATÉGORIES DE JEUNES GENS A PLACER DANS LE SERVICE AUXILIAIRE.

La même règle devra être observée à l'égard de tous ceux qui, n'étant pas complètement aptes à servir dans tel ou tel corps armé, en raison de maintes défectuosités compatibles avec l'exercice de certains travaux

peut être utilement consulté sur la destination à donner à l'homme, il a paru essentiel de résumer ci-après les conditions d'aptitude physique relative dont il importera de tenir compte dans les différents cas soumis à l'appréciation médicale.

1° *De l'aptitude physique requise pour l'infanterie.* — De tous les services, celui de l'infanterie est incontestablement le plus pénible ; avec son sac complet et ses armes, le fantassin porte souvent pour plusieurs jours de vivres, et il peut être appelé à faire des marches forcées, et par tous les temps. Pour l'exercice et le combat, il doit être actif et adroit ; c'est pourquoi il importe que non seulement ses membres soient parfaitement sains, mais qu'étant lui-même d'une forte complexion, la poitrine étant large et bien formée, ses épaules soient larges et ses reins puissamment musclés. Les hommes les mieux doués sous le rapport de l'agilité, de la vue, et, en un mot, de l'harmonie qui doit exister entre toutes les fonctions, présentent les conditions requises pour le service de chasseurs ou de tirailleurs.

2° *De l'aptitude requise pour la cavalerie.* — Le service de la cavalerie est généralement moins dur que celui des troupes à pied. Ainsi tel homme qui ne présentera pas toutes les qualités requises pour l'arme de l'infanterie pourra néanmoins, avec une constitution moins robuste, un thorax moins développé et même certaine défectuosité des pieds, être suffisamment apte pour la cavalerie, à l'exception des régiments de cuirassiers, qui réclament plus de taille et de vigueur.

3° *De l'aptitude requise pour l'artillerie et le génie.* — Pour l'artillerie à cheval, les recrues doivent joindre à toutes les qualités physiques du fantassin celles d'un bon cavalier. L'exercice des pièces et l'exécution des autres obligations du service de l'artillerie exigent de grands efforts et réclament une bonne conformation de la poitrine, une excellente vue, des mains et des pieds exempts de toute infirmité.

Pour le choix des hommes destinés à l'artillerie montée et aux troupes du génie, on observera les mêmes principes que pour celui de l'infanterie.

Il ne devra y avoir d'exception que pour les compagnies des ouvriers d'artillerie et du génie, pour lesquelles on pourra passer sur de légères irrégularités, qui ne diminueraient pas l'aptitude des recrues à l'exercice de leur service professionnel.

4° *Pour le train d'artillerie et des équipages militaires.* — Les obligations du service dans les divers trains de l'armée étant très pénibles et exigeant beaucoup de force, les hommes de cette troupe devront être choisis parmi ceux qui, en dehors des qualités spéciales requises pour être conducteurs, seront vigoureux et exempts des infirmités qui seraient de nature à les gêner dans l'exécution de toutes les obligations de leur service.

5° *Pour l'admission dans les sections d'infirmiers et d'ouvriers d'administration.* — Il serait également tout à fait contraire au principe qui doit

ou de certaines fonctions, pourront être réservés pour le service auxiliaire [1]. Il ne faut pas perdre de vue toutefois que, si pour le service auxiliaire on peut être moins exigeant que pour le choix des recrues du service armé, il n'en faut pas moins que tous les jeunes gens de cette catégorie présentent les garanties essentielles d'aptitude militaire, si l'on ne veut pas s'exposer à de sérieuses déceptions, alors que l'armée devra être mise sur pied.

EXAMEN MÉDICAL, EN DEHORS DES SESSIONS DES CONSEILS DE RÉVISION, DES HOMMES SOUS LES DRAPEAUX.

Quand de jeunes soldats ont été signalés comme impropres au service au moment de leur mise en route, ou lors de leur arrivée au corps, ils sont examinés avec le plus grand soin par les médecins militaires, et ceux qui sont jugés ne pas réunir l'aptitude physique nécessaire sont renvoyés avec les certificats constatant les résultats de ce premier examen devant la commission spéciale instituée à cet effet.

Si ces jeunes soldats sont reconnus évidemment impropres à toute espèce de service, leur réforme est prononcée, et ils sont immédiatement renvoyés dans leurs foyers.

diriger le meilleur choix possible des recrues, de ne pas se montrer assez sévère pour certaines autres catégories de recrues, dont l'armée a besoin pour sa complète organisation : ainsi les sections d'infirmiers et d'ouvriers d'administration.

Si le personnel de ces troupes n'exige pas l'aptitude physique complètement exempte d'infirmités qui est requise pour les armes combattantes, on ne doit point cependant y faire entrer des hommes qui ne seraient ni assez robustes pour se livrer sans fatigue, comme dans la vie civile, aux obligations souvent très pénibles de leur service spécial, ou qui auraient des infirmités de nature à gêner dans l'exécution de ce service.

6° *Aptitudes physiques pour l'admission aux écoles militaires.* — Les jeunes gens qui se présentent pour l'admission aux écoles militaires de Saint-Cyr, d'application du génie et de l'artillerie, du service de santé à l'école vétérinaire, etc., doivent être parfaitement exempts de toute infirmité physique.

Sans qu'ils soient déjà complètement aptes au service de campagne, ils doivent paraître, proportionnellement à leur âge, assez vigoureux pour qu'on puisse estimer que, au jour de leur entrée dans les cadres de l'armée, ils présenteront toute l'aptitude physique requise pour le service en temps de guerre.

1. La loi du 27 juillet 1872 n'ayant pas défini le service auxiliaire, il semble rationnel d'appliquer surtout cette expression, par opposition à celle de service actif ou armé, à tout service sédentaire ou de garnison qui pourrait être fait dans les corps ou les établissements militaires (ateliers, arsenaux, magasins, etc., etc.) par des hommes ayant certaines infirmités ou certains défauts de conformation, qui ne seraient pas compatibles avec le service actif en campagne, et qui seraient déclarés propres à être appelés éventuellement pour tel ou tel emploi par le service du recrutement.

Il est procédé de même à l'égard des militaires qui, après incorporation, sont jugés impropres au service, soit pour des causes antérieures ou postérieures à cette incorporation, soit pour des causes inhérentes ou étrangères au service.

Les causes d'inaptitude qui font prononcer la réforme des hommes sous les drapeaux sont les mêmes que celles qui entraînent l'exemption des jeunes gens appelés ; toutefois, bien que les militaires proposés pour la réforme aient, comme les appelés, de la disposition à simuler ou à provoquer volontairement des maladies ou des infirmités rendant impropres au service, ou bien à exagérer la gravité de celles qui sont réelles ou spontanées, leur examen offre beaucoup moins de difficultés que celui des jeunes gens qui réclament l'exemption, attendu que pour l'exemption la décision doit être prise presque à première vue, après une courte et rapide exploration, ou après un délai qui ne se prête pas toujours à une observation suffisante; tandis que pour la réforme on peut, soit au corps, soit à l'hôpital, soumettre le militaire, pendant tout le temps nécessaire, à une observation minutieuse et prolongée, à des épreuves variées et suivies, de manière à réunir tous les éléments de diagnostic et de pronostic.

D'ailleurs toute réforme exige l'intervention de plusieurs médecins, la production de deux certificats, l'un de visite et l'autre de contre-visite.

Si les infirmités résultent de blessures reçues dans un service commandé, ou de maladies contractées au service, et que les médecins déclarent que les militaires contre-visités sont hors d'état de faire jamais un service actif ou auxiliaire, leur réforme est prononcée. La réforme peut être simple, c'est-à-dire sans récompense, ou avec gratification. La gratification est accordée quand la réforme a lieu pour l'un des motifs suivants :

1° Blessures ou infirmités provenant des circonstances spécifiées dans l'article 13 de la loi du 11 avril 1831, mais n'étant pas assez graves pour donner droit à une pension;

2° Infirmités contractées sous les drapeaux quand, d'ailleurs, la position des réformés, la nature de leurs infirmités, ou la durée de leurs services les rendent susceptibles d'obtenir une récompense.

PRESCRIPTIONS RELATIVES A LA RÉDACTION DES CERTIFICATS MÉDICAUX POUR L'ÉTABLISSEMENT DE L'INAPTITUDE AU SERVICE, ET L'APPRÉCIATION DES DROITS A UNE GRATIFICATION OU A UNE PENSION [1].

Les certificats qui sont joints aux mémoires de proposition pour une réforme avec gratification doivent être rédigés avec clarté, précision, et

1. *Loi du 11 avril 1831* : « Art. 12. Les blessures donnent droit à la pension de retraite lorsqu'elles sont graves et incurables, et *qu'elles proviennent d'événements de guerre, ou d'accidents éprouvés dans un service*

tous les détails nécessaires pour donner une idée très exacte de la blessure ou de l'infirmité décrite, et permettre au conseil de santé d'apprécier facilement le droit qui en découle, sans avoir besoin de recourir à des suppléments d'information qu'il n'est pas toujours possible d'obtenir sur les lieux où s'est opérée la première visite, et que l'administration doit dès lors réclamer de l'autorité militaire à portée de laquelle l'intéressé s'est retiré, ce qui souvent ne peut se faire sans difficultés ou sans des retards préjudiciables (circulaire ministérielle du 21 février 1853).

Lorsque l'inaptitude au service est déterminée par des lésions provenant d'événements de guerre, d'accidents éprouvés dans un service commandé, de fatigues ou de dangers du service militaire, elle a encore un droit à une pension de retraite, quels que soient l'ancienneté des services effectifs et le grade, si, pour les officiers, lesdites lésions les mettent hors d'état de rester en activité et d'y rentrer ultérieurement, et si, en outre, pour les sous-officiers, caporaux ou brigadiers et soldats, elles les mettent dans l'impossibilité de pourvoir à leur subsistance.

Les médecins dont l'intervention est réclamée doivent constater, dans des certificats, non seulement l'incurabilité, la nature et les suites des blessures ou infirmités, mais indiquer jusqu'à quel point les diverses causes auxquelles sont attribuées lesdites blessures ou infirmités ont pu, médicalemant parlant, les déterminer ; ils doivent examiner quelle était la position du militaire avant son entrée au service, quel métier ou profession il exerçait, et si la blessure qu'il a reçue ou l'infirmité dont il est atteint le met dans l'impossibilité d'exercer la même profession ou une profession analogue assez librement pour pourvoir à sa subsistance. Leur avis sur cette dernière condition devra toujours être motivé dans des certificats dits d'examen et de vérification, prescrits par les articles 10 et 13 de l'ordonnance du 2 juillet 1831, qui détermine les règles à suivre pour l'application de la loi des pensions de retraite pour causes de blessures ou d'infirmités [1].

commandé. Les infirmités donnent le même droit lorsqu'elles sont graves et incurables, et qu'elles sont reconnues provenir des fatigues ou dangers du service militaire. »

1. Les cas de gravité prévuspar la loi à l'égard des blessures ou infirmités susceptibles d'ouvrir un droit immédiat ou relatif à une pension de retraite, soit fixe, soit proportionnelle, sont divisés en six classes : 1re *classe*, *cécité* ou perte absolue de la vue ; 2e *classe*, perte des deux membres ; 3e *classe*, perte d'un membre ; 4e *classe*, perte absolue de l'usage des deux membres ; 5e *classe*, perte absolue de l'usage d'un membre (c'est-à-dire privation entière et irrémédiable de cet usage, non seulement pour le service militaire, mais encore pour les besoins et les occupations de la vie privée) ; 6e *classe*, maladies ou infirmités moins graves que pour les précédentes.

Au point de vue administratif et financier, ces six classes se réduisent à quatre, la deuxième rentrant dans la première, et la quatrième dans la troisième, de sorte qu'il n'y aurait pas dommage pour un militaire si son infirmité était assimilée à la quatrième classe au lieu de la troisieme, non plus que pour le Trésor dans le cas opposé.

Absolu de sa nature, le droit de pension n'existe qu'à la condition que le militaire qui en excipe est incapable non seulement de servir, mais de pourvoir à sa subsistance par le travail. La pension étant d'ailleurs viagère, la loi veut que l'incurabilité, si elle n'est pas positive, soit du moins présumée; il n'en est pas de même des titres à la gratification de réforme, essentiellement révocable. Il suffit, pour en motiver l'allocation, que la blessure ou l'infirmité occasionne une diminution temporaire de la faculté de travailler; et à cet égard il convient, par une appréciation judicieuse, de tenir compte des professions individuelles et du degré d'obstacle que leur service pourrait rencontrer dans l'état physique des intéressés.

Modes d'exploration.

Pour diminuer autant que possible les difficultés inhérentes aux opérations médicales du recrutement, la première condition est de procéder avec méthode à l'examen de chaque individu, suivant un ordre arrêté d'avance et propre à remettre en mémoire, comme point de repère, tous les détails sur lesquels l'attention doit successivement se porter.

A moins que l'inaptitude de l'individu ne soit déjà évidente, sans qu'il se déshabille, le corps tout entier doit toujours être examiné avec soin, et le médecin ne doit pas être pressé dans l'exécution de ce service. La visite comprend un examen d'ensemble et un examen de détail.

Examen d'ensemble. — Pour l'examen d'ensemble, l'homme se présente entièrement nu, en s'avançant vers le médecin qui, après l'avoir engagé à marcher devant lui, le fait placer debout les pieds sur un tapis ou sur une natte, les talons rapprochés, les bras pendants sur les côtés du corps, les mains étalées et leurs pouces dirigés en avant, et il lui demande à demi-voix si à sa connaissance il a quelque infirmité qui soit de nature à le rendre impropre au service militaire.

Cet examen d'ensemble, qui se fait très rapidement, suffisant parfois pour faire reconnaître tout de suite un motif d'exemption, dispense alors de tout examen de détail.

Examen de détail. — Lorsque l'examen d'ensemble n'a fait découvrir aucune lésion anatomique, aucun trouble fonctionnel de nature à motiver l'exemption, il est nécessaire de se livrer à l'examen particulier et détaillé de toutes les régions du corps, en commençant par la tête et procédant pour chaque région de l'extérieur à l'intérieur, et en employant tous les modes et tous les moyens d'exploration propres à faire découvrir des lésions internes ou externes.

Les organes des sens doivent être l'objet d'une attention toute spéciale.

Après cet examen, rendu d'autant plus rapide que celui qui s'y livre est plus expérimenté, le médecin résume mentalement les résultats de

son investigation. S'il a une opinion bien arrêtée sur l'aptitude ou sur l'inaptitude de l'homme examiné, il l'exprime nettement. S'il y a quelque doute dans son esprit, il en fait part au Conseil de manière à lui laisser la responsabilité de sa décision[1].

MANIÈRE DE PROCÉDER DANS LES CAS DE MALADIES DOUTEUSES SIMULÉES OU PROVOQUÉES.

Parmi les maladies ou infirmités qui sont de nature à motiver la déclaration d'inaptitude au service militaire, il en est plusieurs qui ne sont pas assez évidentes pour que la réalité de leur existence ou leur degré de développement puissent être sûrement constatés pendant un examen forcément rapide.

Quand l'infirmité prétextée ne révèle pas la réalité de son existence par des altérations qu'elle a pu apporter, soit à l'état de santé, soit à la conformation générale du sujet, et qu'il reste du doute dans son esprit, le médecin en fait part au Conseil, qui peut prendre en considération les certificats des autorités locales, le témoignage des maires qui sont présents, celui des jeunes gens qui ont connu de près l'individu qui se dit impropre au service. Si ces attestations font défaut, ou que le médecin ne se trouve pas suffisamment éclairé, il peut, sans se prononcer contre l'inaptitude, demander que la décision du Conseil soit remise, pour lui permettre un examen plus complet.

Comme il importe de se tenir en garde contre la fraude, et que l'on ne saurait se livrer à des investigations trop scrupuleuses, c'est dans ces cas douteux et parfois très embarrassants, même pour les médecins les plus expérimentés, que le Conseil de révision pourrait user du droit de délai que lui accorde la loi, et autoriser le médecin qui assiste à ses opérations à suspendre son appréciation jusqu'à un plus ample examen, qui aurait lieu dans une séance spéciale au chef-lieu du département, avant la clôture des opérations ; et, dans cette circonstance, le médecin pourrait obtenir de rechercher l'opinion, à titre consultatif, d'un autre médecin. Ce mode de constatation offrirait en quelque sorte une double garantie aux intéressés et diminuerait d'autant la responsabilité morale du médecin expert. Comme il ne présente rien de contraire au fonctionnement des conseils de révision, tel qu'il est institué par la loi, rien ne doit les empêcher d'y recourir dans certains cas extrêmement rares, dans le but d'assurer l'équité de leurs jugements.

Les affections les plus ordinairement alléguées, simulées ou provoquées sont les suivantes : *aliénation mentale,* sous toutes ses formes (l'*imbécil-*

1. Le médecin n'est pas responsable des décisions du conseil ; il peut sauvegarder sa responsabilité alors qu'un homme est admis contre son avis, en faisant consigner son opinion sur un état spécial qui comprend les observations de l'officier général ou supérieur et du sous-intendant militaire.

lité, la *manie*, la *monomanie* et la *démence*) ; le *vertige*, l'*épilepsie*, la *chorée*, les *spasmes*, les *convulsions*, le *somnambulisme*, la *nostalgie*, la *teigne faveuse*, l'*alopécie*, la *mentagre*, le *pemphigus*, le *psoriasis*, la *cyanose*, la *chromidrose*, les *ulcères*, les *phlegmons*, la *fétidité de la transpiration cutanée*, la *paralysie de la paupière supérieure*, le *blépharospasme*, le *strabisme*, la *diplopie*, la *blépharite*, la *conjonctivite*, la *kératite*, l'*héméralopie*, la *myopie*, la *presbytie*, l'*ambliopie*, l'*amaurose*, la *surdité*, l'*otorrhée*, la *surdi-mutité*, l'*épistaxis*, l'*ozène*, les *polypes du nez*, la *perte et destruction volontaire des dents*, le *bégayement*, la *mutité*, l'*aphonie*, la *fétidité de l'haleine*, le *goitre*, le *torticolis*, l'*asthme*, l'*opnéisme (?)*, l'*hémoptysie*, la *phthisie pulmonaire*, les *palpitations*, les *varices* (aggravées ou provoquées), la *dysphagie*, la *dyspepsie*, la *gastrodynie*, les *vomissements provoqués*, l'*hématémèse*, la *tympanite*, l'*engorgement des viscères abdominaux*, les *hémorrhoïdes*, la *chute du rectum*, la *fistule de l'anus*, l'*hématurie*, les *calculs urinaires*, l'*incontinence d'urine*, la *spermatorrhée* (alléguée), le *varicocèle*, l'*hydrocèle*, l'*emphysème du tissu cellulaire*, du *scrotum*, les *hernies*, la *cryptorchidie*, la *contracture des membres*, la *déviation du rachis*, l'*ankylose*, la *claudication*, les *paralysies* (hémiplégie, paraplégie), le *tremblement musculaire*, l'*œdème des membres*, le *chevauchement des orteils*, les *orteils en marteau*, l'*ongle rentré dans les chairs* ; et parmi les maladies générales : la *scrofule*, la *glycosurie*, l'*ictère*, l'*embarras gastrique*, un *accès de fièvre intermittente*, une *exagération de faiblesse de constitution* ou de *débilité générale*.

On a proposé l'emploi de divers agents, tels que les *anesthésiques*, pour déjouer la ruse et reconnaître la situation de certaines affections. Mais, tout en reconnaissant l'importance de cet élément de diagnostic, des motifs de haute convenance et les dangers qui y sont inhérents ne peuvent en autoriser l'usage devant les conseils de révision. On doit ne se servir que des procédés qui sont exempts de dangers, tels que l'exploration à l'aide d'instruments spéciaux : l'ophthalmoscope, l'échelle typographique, les verres gradués, l'optomètre, le stéthoscope, les spéculums, les algalies, les sondes, etc.

CONCLUSIONS.

La présente instruction ne saurait, d'ailleurs, être considérée comme un *code de prescriptions absolues* ; elle renferme seulement des indication générales destinées à servir de guide aux médecins appelés à donner leur avis sur l'aptitude au service militaire des jeunes gens appelés sous les drapeaux, ainsi que sur l'invalidité des militaires incorporés.

Il ne doit pas suffire, bien entendu, au médecin de s'être formé une conviction par l'appréciation du fait soumis à son examen ; il faut qu'il s'efforce de la faire partager, selon le cas, soit au Conseil de révision,

soit aux autorités militaires chargées de prononcer. Dans les cas douteux, sans vouloir se borner à une déclaration simple et pure, il insistera, en appuyant son avis sur une démonstration claire, précise, pouvant être facilement comprise par des hommes étrangers à la science médicale, mais en évitant avec soin les descriptions oiseuses et les explications qui, ne pouvant être saisies, ne produisent que la fatigue et l'ennui, et nuiraient à la cause qu'il veut défendre.

Le médecin ne doit pas oublier que les conseils de révision sont, en général, disposés à accorder l'exemption pour des infirmités apparentes, quoique souvent légères, tandis qu'ils se montrent ordinairement plus rigoureux au sujet de lésions viscérales bien autrement graves, mais qui ne frappent pas leurs sens et dont l'importance leur échappe. C'est dans les cas de ce genre que le médecin doit s'efforcer de faire prévaloir la vérité par des considérations scientifiques exposées avec conviction et autorité.

TABLEAU N° 1. — **Nomenclature des maladies, infirmités ou difformités qui rendent impropre au service actif ou armé.**

1° La *faiblesse de constitution* [1], caractérisée par un développement insuffisant des systèmes osseux et musculaires, persistant après le terme de la période de croissance et accompagnée d'un aspect maladif.

2° La *scrofulose* et l'*adénopathie* généralisée, surtout si elles sont accompagnées d'ulcérations et de cicatrices apparentes.

3° Les accidents secondaires ou constitutionnels de la *syphilis* [2].

4° La *tuberculose*, ou la prédisposition parfaitement accusée à la phthisie, se traduisant par l'habitus extérieur, ou la présence de tubercules constatés dans un organe quelconque.

5° Le *diabète*.

6° La *consomption* et, en général, les cachexies scorbutiques, paludéenne, saturnine, mercurielle et autres, résultant de causes professionnelles et caractérisées par des altérations organiques profondes.

7° Les *tumeurs carcinomateuses*, les *cancroïdes*, les *tumeurs fibro-plas-*

1. On entend par *faiblesse de constitution* l'insuffisance, indépendante de toute lésion organique, de la force jugée nécessaire pour résister aux exigences du service militaire. C'est une expression vague, dont on abuse souvent dans les conseils de révision, mais dont il serait difficile de ne pas faire usage. La faiblesse de constitution, sans lésion organique, est un état assez rare, excepté chez les hommes de petite taille, qui ont besoin d'une constitution relativement plus forte que ceux d'une taille élevée pour résister aux fatigues ordinaires du soldat, et chez les hommes de taille élevée, dont la croissance a été rapide. (Voir p. 209 les caractères de cet état morbide).

2. La *syphilis primitive* ne doit jamais motiver l'inaptitude. L'ajournement devra être proposé pour les accidents successifs d'une certaine gravité.

tiques, et toutes les productions pathologiques comprises sous la dénomination de cancer, de mélanose, etc., ainsi que les ulcérations tenant à une diathèse de même nature.

8° La *pellagre* et les altérations organiques consécutives à la *morve* et au *farcin*.

9° L'*ictéricie* chronique et l'*anasarque*, symptomatiques d'affections organiques des viscères abdominaux.

10° Les *affections cutanées* chroniques et étendues à de larges surfaces (l'*eczéma*, le *lichen*, le *psoriasis*, le *lupus*, l'*ichthyose*, etc.), l'*albinisme* quand il est généralisé.

11° Les *ulcères* anciens et de nature rebelle, les *fistules* liées à une affection organique grave, ou apportant un trouble sérieux dans la constitution générale.

12° Les *cicatrices* adhérentes, étendues, difformes, résistantes, lorsqu'elles réunissent des organes contigus, qu'elles entravent les mouvements, ou qu'elles déterminent un changement notable dans les rapports des parties.

13° Les *nævi materni* constituant, par leur étendue et leur siège à la face, une difformité repoussante.

14° Les *tumeurs érectiles* ou *vasculaires* développées sur la face, ou quand elles sont volumineuses et exposées, par la place qu'elles occupent, aux chocs ou à une pression habituelle.

15° Les productions *pileuses* et *cornées*, si elles ont leur siège dans une région où, soumises à une pression gênante, elles peuvent s'opposer au libre mouvement des parties.

16° L'*obésité* exagérée et morbide.

17° Le *marasme* et l'amaigrissement morbide.

18° Les *abcès* par congestion.

19° Les *lipomes* et les *kystes* s'ils sont volumineux, gênants par leur siège et soumis à une pression des vêtements.

20° La *carie* et les autres lésions organiques des os et des articulations (*tumeurs blanches, ostéosarcome, fongus, corps mobiles articulaires*).

21° L'*ankylose* des grandes articulations et les *luxations* anciennes.

22° Les *rétractions* et les *ruptures* des tendons.

23° La *rupture* des muscles.

24° La *contracture musculaire* avec atrophie, entraînant la flexion ou l'extension permanente du cou, de la colonne vertébrale ou d'une partie d'un membre.

25° Les *névromes*.

26° Le *tremblement habituel* général ou partiel.

27° Le *crétinisme*, l'*idiotie*, à un degré qui ne permet pas l'instruction militaire.

28° L'*aliénation mentale* sous toutes ses formes (la *lypémanie*, la *monomanie*, la *démence*).

29° L'*épilepsie*, le *vertige* invétéré, la *chorée* et l'*aboiement* chronique.

30° Le *somnambulisme.*

31° La *catalepsie*, l'*extase.*

32° Le *delirium tremens.*

33° La *paralysie* du mouvement ou du sentiment, si elle est étendue; la *paralysie générale progressive*, l'*ataxie locomotrice.*

34° Les *anévrysmes.*

35° Les *éruptions* diverses (eczéma, impétigo) du cuir chevelu, la *teigne faveuse*, l'*alopécie*, quand ces affections sont invétérées et incurables, la *calvitie* comprenant presque toute la surface du crâne.

36° Les *tumeurs variées*, les *exostoses*, les *fongus* du crâne.

37° Les *déformations* du crâne (principalement de l'occiput), l'*ossification* incomplète de la voûte du crâne, les pertes de substance des os du crâne, par carie, nécrose, etc.

38° Une vicieuse conformation de la face, ou une grande irrégularité des traits du visage.

39° Les *difformités* résultant des mutilations, et les *exostoses* du front qui seraient un obstacle à l'usage de la coiffure militaire.

40° La *prosopalgie faciale* (tic douloureux) et la *paralysie de la septième paire.*

41° Les *dartres pustuleuses* (mentagre, couperose) anciennes et étendues.

42° Le *strabisme fonctionnel*, compliqué d'amblyopie, le *strabisme organique.*

43° L'*exophthalmie.*

44° La *buphthalmie.*

45° La *kératite* vasculaire ou panniforme, la *kératite* disséminée rebelle, les *opacités* de la cornée occasionnant une diminution de l'acuité de la vision supérieure d'un quart [1], la *cornée conique*, la *cornée globuleuse* ou *staphylome pellucide*, le *staphylome opaque.*

46° Les *exsudats* du champ pupillaire, occasionnant une diminution de l'acuité visuelle égale à un quart.

47° Les *opacités* du cristallin [2].

48° Le *myosis* entretenu par des synéchies postérieures et compliqué par des opacités pupillaires, le *synchisis* simple ou étincelant, le *glaucome.*

49° Les *choroïdites* rebelles, occasionnant une diminution de l'acuité visuelle d'un quart, le *décollement de la rétine*, les *rétinites*, les *névro-rétinites*, les *névrites.*

50° La *myopie* notable et constatée, égale à un quart [3], l'*hypermétro-*

1. C'est-à-dire qui ne permettent de lire un texte ordinaire ou l'écriture courante qu'avec difficulté.

2. La plupart des affections de l'œil, même celles de la choroïde et de la rétine, se traduisent généralement par des altérations faciles à reconnaître par l'examen ophthalmoscopique. Le médecin ne devra toutefois y recourir qu'après avoir établi déjà son diagnostic par voie d'exclusion et comme pour le confirmer.

3. Le myope devra pouvoir lire à une distance très rapprochée du nez

pie d'un sixième et au-dessus, l'*hypermétropie* compliquée de strabisme convergent permanent, l'*hypermétropie* compliquée d'*amblyopie* de l'œil droit, l'amblyopie à un quart.

51° Les *affections de l'orbite* (*carie, nécrose, exostose, ostéo-sarcome*) et les tumeurs *intra-orbitaires*.

52° Les *blépharites* ciliaires et anciennes et rebelles, l'*ectropion*, l'*entropion*, le *trichiasis*, la *blépharoptose*, l'*ankilo-blépharon* et le *symblépharon* très prononcés, l'*épicanthus* quand il existe à un certain degré de développement, l'*encanthis* fougueux et malin, les granulations de la conjonctive, le *xérosis*, le *ptérygion*, l'*épithélioma* de la conjonctive et des paupières.

53° La *dacryocystite* chronique (fistule lacrymale).

54° Les diverses paralysies des nerfs de l'œil et de ses annexes (la *blépharoplégie*, etc.), le *nystagmus*.

55° La *perte* ou les difformités du nez portées au point de gêner manifestement la respiration et la parole, ou seulement l'une de ces fonctions.

56° L'oblitération totale des narines, les *polypes* incurables des fosses nasales ou du pharynx, la *rhénite chronique* et l'*ozène* (punaisie) dus à une carie osseuse ou à une affection des fosses nasales, des sinus frontaux et des sinus maxillaires.

57° L'absence congénitale ou accidentelle du pavillon de l'oreille, l'atrophie ou le développement excessif de la conque, son envahissement par des tumeurs érectiles volumineuses, par des ulcères, par un eczéma chronique et rebelle, son adhérence aux parois du crâne.

58° L'oblitération entière, le rétrécissement considérable et la déviation du conduit auditif externe; la présence de végétations dans sa cavité, ou de polypes, d'exostoses, ou de périostoses déterminant une surdité prononcée.

59° La *myringite chronique*, l'*otorrhée* purulente avec perforation de la membrane du tympan et, en général, tous les écoulements puriformes, abondants et fétides, qui sont entretenus par une carie de quelque portion du rocher et par la suppuration des cellules mastoïdiennes.

60° L'*obstruction*, le *rétrécissement* ou l'*oblitération* de la trompe d'Eustache, quand ces affections sont accompagnées d'un affaiblissement notable de l'audition.

61° La *surdité nerveuse*, ou la perte absolue (cophose), ou la diminution considérable et ancienne (dysécie) de l'ouïe, quand l'infirmité est bien avérée.

62° La *surdi-mutité*, constatée médicalement et certifiée par la notoriété publique.

sans verres, ou à 35 centimètres avec des verres bi-concaves n°s 6 ou 7, et distinguer nettement les objets éloignés, ou lire à une distance minimum de 5 mètres de gros caractères d'imprimerie (le n° 20 de l'échelle typographique) avec des verres bi-concaves n° 4.

63° La division congénitale des maxillaires supérieurs (gueule-de-loup), la *perforation de la voûte palatine*, bien que l'on puisse remédier à cette dernière par l'application d'un obturateur.

64° La *proéminence* exagérée ou l'*atrophie* du maxillaire inférieur; les fractures non ou mal consolidées, les pertes de substance de cet os, les *exostoses*, la *carie*, la *nécrose*, les *kystes osseux*.

65° La luxation mal réduite de l'articulation temporo-maxillaire qui apporte une gêne considérable à la mastication; la *luxation* survenant avec une grande facilité et même volontairement, la *constriction* ou le resserrement des mâchoires, et l'*ankylose*.

66° L'*hypertrophie* de la lèvre supérieure portée au point de nuire à la netteté de la prononciation; le *bec-de-lièvre* (congénital ou accidentel) très prononcé ; les *dartres* de nature rebelle (mentagre, lupus, etc.), et la *dégénérescence cancéreuse* des lèvres, la *paralysie labiale* bien constatée, l'occlusion incomplète ou les déformations de la bouche par suite d'adhérences étendues et vicieuses entre la muqueuse des joues et des gencives.

67° Le *décollement des gencives*, accompagné de l'ébranlement des dents, l'état fongueux, l'hypertrophie, l'état scorbutique des gencives, la *fétidité de l'haleine* provenant d'une stomatite chronique.

68° La *perte* ou la *carie* des dents incisives et canines d'une mâchoire; la perte, la carie ou le mauvais état de la plupart ou d'un grand nombre des autres dents, quand ces conditions s'accompagnent de ramollissement, d'ulcération chronique des gencives, et que la constitution est faible et détériorée, et que d'ailleurs les dents existantes sont insuffisantes pour la mastication et la prononciation.

69° Le *prolapsus*, l'*hypertrophie*, la *division congénitale de la langue*, la *perte de substance* un peu considérable et les *adhérences anormales* de cet organe, les *tumeurs* et les *ulcérations* de mauvaise nature.

70° Le *bégayement* très prononcé, le mutisme (congénital ou accidentel).

71° L'*absence du voile du palais*, ses *divisions* ou *pertes de substance*, le *prolapsus* de la *luette avec dégénérescence* manifeste.

72° La *grenouillette* et les *fistules salivaires* anciennes et incurables.

73° Les *ulcères*, les *cicatrices adhérentes*, les *brides de nature scrofuleuse*, lorsque ces lésions sont étendues ; les *tumeurs ganglionnaires du cou* ayant acquis un certain degré de développement et de chronicité.

74° Le *torticolis* considérable, tenant à des causes organiques et rebelles à tout traitement.

75° Le *goître* très développé et accompagné de difficulté de la respiration quand on presse légèrement sur la tumeur.

76° La *dysphagie* dépendante des causes organiques incurables (vices de conformation, spasme, rétrécissement, coarctation de l'œsophage, paralysie des organes de la déglutition), les *polypes du pharynx*.

77° Le *développement anormal* ou déviation prononcée du larynx avec dyspnée, la *laryngite chronique* dépendante d'une affection organique

incurable, les *fistules, perforations, ulcères, tumeurs, polypes*, et les *fractures du larynx.*

78° L'*hypertrophie* de la glande mammaire, ainsi que toute *difformité* et toute *tumeur* pouvant gêner d'une manière notable le port du sac ou de toute autre partie de l'équipement ou de l'armement.

79° La *conformation vicieuse*, la *proéminence du thorax* en forme de carène, l'*enfoncement* très accusé de la portion inférieure du sternum, avec renversement de l'appendice xiphoïde, soit en dehors, soit en dedans; l'*étroitesse extrême* des parois sterno-costales [1]; les *voussures*, les *tumeurs*, les *déviations partielles* des côtes ou du sternum ; le *rétrécissement exagéré* d'un des côtés de la poitrine, la *mobilité* excessive des fausses côtes, les *luxations* et les *fractures* mal réduites, les *difformités* très prononcées de la clavicule, l'*enfoncement* des côtes, les *fractures* des côtes et de leurs cartilages, non consolidées ou consolidées vicieusement, l'*ostéite*, l'*exostose*, la *carie*, la *nécrose* et l'*ostéosarcome* des côtes, du sternum ou de la clavicule, la *résection* appliquée à l'un des os, quelles qu'en soient les suites.

80° La *bronchite*, la *pleurésie* et la *pneumonie* chronique, avec gêne notable de la respiration et dépérissement ; l'*emphysème* du poumon, lorsqu'il est notablement développé et quelle que soit sa forme ; l'*asthme* confirmé, quelle qu'en soit la cause immédiate ; la *tuberculisation pulmonaire* confirmée, quels que soient son siège et le degré de son développement [2]; l'*hydrothorax* et le *pneumothorax;* les *plaies*, les *hernies*, ainsi que toutes les lésions de la trachée, des bronches, de la plèvre et du poumon caractérisées par l'*aphonie* [3] ou par une altération notable et réelle de la respiration, de la voix.

81° Les *déplacements du cœur* par suite d'une maladie pulmonaire ou pleurale, les *adhérences* et l'*hydropisie* du péricarde, l'*hypertrophie* et l'*atrophie* du cœur, les *rétrécissements* et les *insuffisances* valvulaires, l'*anévrysme* du cœur ou de l'aorte, ainsi que toutes les affections chroniques du péricarde, du cœur et des gros vaisseaux, caractérisées par des palpitations ou un affaiblissement notable des contractions cardiaques, par des bruits prononcés de souffle ou de frottement, par le fré-

1. Eu égard au minimum légal (1m,54) de la taille, la circonférence thoracique pour les hommes de petite taille doit dépasser la demi-taille, de manière à mesurer au moins 784 millimètres. Quant aux hommes de taille plus élevée, le rapport entre la taille et la circonférence thoracique servira de guide pour le jugement à porter. Un thorax peu développé n'exclut pas du service dans la cavalerie légère quand le reste du corps est bien constitué et que les bras sont bien musclés.

2. La réforme doit être proposée pour tout homme phthisique dès le premier signe certain de tuberculisation.

3. L'aphonie est presque toujours le résultat d'une lésion organique du larynx, facile à diagnostiquer ; alors le jugement à prononcer est rendu facile ; il peut aussi, plus rarement, exister une lésion organique, et dans ce cas on doit se mettre en garde contre la simulation.

missement cataire, ou par une gêne évidente de la circulation ou de la respiration.

82° Les *cicatrices bridées* ou *adhérentes* des parois abdominales, les *fistules* gastriques, intestinales ou biliaires, les *tumeurs* superficielles ou profondes de l'abdomen, les *intumescences* du foie et de la rate, tenant à des altérations organiques, les *phlegmons* profonds de la fosse iliaque, les *abcès symptomatiques* d'une carie osseuse, les *adénites étendues* de nature scrofuleuse, les *lésions organiques* de l'estomac, des intestins, du péritoine, les *tumeurs* du mésentère, les vomissements nerveux persistants avec une altération prononcée de la constitution.

83° Les *hernies abdominales*, confirmées, anciennes ou récentes, faciles ou difficiles à réduire ou à maintenir réduites, quel que soit leur siège; les *pointes de hernies* même [1].

84° Les *cicatrices* profondes et bridées de l'anus, les *abcès* symptomatiques de la carie de l'ischion, les *fistules anales*, les *fissures à l'anus*, si elles sont profondes, de mauvais caractère et liées à une maladie chronique interne; le *rétrécissement* du rectum résultant d'un engorgement squirrheux ou d'une tumeur née de ses parois, ou agissant sur elle par compression, les *hémorrhoïdes* internes ou externes, ulcérées ou non ulcérées, lorsqu'elles sont très volumineuses ; la *chute du rectum*, quelle qu'en soit la cause immédiate ; la *procidence* de la muqueuse rectale, si elle est très marquée ; l'*anus contre nature*.

85° L'*incontinence* et la rétention d'urine avérées, l'*hématurie* constatée, l'*albuminurie*, la *gravelle* et les *calculs rénaux*, les *abcès* ou dépôts urineux, les *fistules urinaires*, la *néphrite* chronique, quelle que soit sa forme, les *calculs vésicaux* ou tout autre corps étranger dans la cavité vésicale, la *cystite chronique*.

86° L'*absence* ou l'*imperforation* de l'urèthre, l'*épispadias* et l'*hypospadias* qui ne permettent pas d'uriner sans se salir, les rétrécissements uréthraux et les fistules uréthrales qui ne permettent pas de projeter l'urine à distance, l'*hypertrophie* et l'induration de la prostate.

87° L'*hermaphrodisme*, quelle qu'en soit la forme, la *perte* entière ou presque totale des organes génitaux [2], la *circocèle* très considérable,

1. La simple prédisposition aux hernies caractérisée par la dilatation des anneaux ne doit pas déterminer l'exemption du service armé. Pour les hommes incorporés, la hernie inguinale ne motive la réforme que lorsqu'elle est volumineuse, difficile à réduire ou à maintenir réduite, c'est-à-dire lorsqu'elle constitue un danger pour l'individu et pour le service.

2. L'absence des testicules, chez un sujet qui présente d'ailleurs tous les autres signes de la virilité et qui n'offre aucune trace matérielle de mutilation ou d'opérations chirurgicales, doit faire supposer que ces organes sont restés dans l'abdomen. Cette absence apparente ne constitue pas un motif d'inaptitude au service militaire. Si les testicules étaient retenus dans l'anneau, il y aurait lieu à proposer, sinon l'exemption, du moins le classement dans le service auxiliaire, en raison des douleurs que, ainsi placés, ils provoquent, à cause aussi de la prédisposition qu'ils ont à s'atrophier, à produire des hernies.

et se gonflant par la station debout, quand il n'y a pas de doute sur la gêne qu'elle peut provoquer, l'*hydrocèle* volumineuse, la *perte*, l'*atrophie*, ou une *altération organique* du testicule et du cordon, la *spermatorrhée*.

88° Les *gibbosités* ou *difformités* du rachis, les *déviations congénitales* accidentelles ou symptomatiques du mal de Pott, les *fractures* ou luxations incomplètes des vertèbres cervicales, l'*arthropathie* cervicale chronique, l'*ankylose* rachidienne, la *déformation* du bassin, le *relâchement* des symphyses, l'*arthropathie* sacro-iliaque.

89° L'*inégalité congénitale des membres*, qu'elle existe aux membres supérieurs ou aux membres inférieurs ; l'*incurvation*, l'*allongement* ou le *raccourcissement* du bras ; l'état *cagneux* des jambes, quand cette défectuosité est très prononcée, et, en général, toutes les difformités des membres inférieurs résultant du rachitisme.

90° Une perte de substance d'un membre, résultant d'une mutilation ou d'une opération (résection ou amputation).

91° Les *déformations* résultant des fractures vicieusement consolidées et entravant les mouvements, le *relâchement* des ligaments d'une articulation, suite d'entorse ou de luxation ancienne, et tel que les mouvements habituels peuvent déterminer une luxation.

92° Les *varices* quand on ne peut expliquer leur existence par aucune cause locale, ou aucune influence professionnelle, qu'elles sont très multipliées, douloureuses, en paquets volumineux, et exposées par leur siège à s'ulcérer ou à se crever par les efforts, l'*éléphantiasis* des membres, les *névralgies* (sciatique, rhumatismale) quand elles sont chroniques et ont déterminé une diminution notable dans le volume et la forme du membre, l'*arthrite* goutteuse chronique.

93° Les difformités très prononcées des mains [1] ; la *flexion* ou l'*extension permanente* et l'*incurvation* des doigts, quand ces lésions sont bien constatées, et que l'usage de la main en est très gêné.

94° Les membres surnuméraires, à moins que le doigt ou l'orteil surnuméraire n'ait une organisation complète et n'augmente la force du membre, sans nuire à la liberté des mouvements ou à l'application de la chaussure ; les *doigts* ou les *orteils palmés* ; — pour la main : 1° quand la membrane réunit tous les doigts d'une main, lors même qu'elle ne s'étendrait qu'à la première articulation phalangienne ; 2° quand deux doigts sont réunis d'un bout à l'autre ; — pour les orteils, quand ils sont réunis en une seule masse par la membrane depuis leur insertion jusqu'à leur extrémité.

95° Les *mutilations des doigts et des orteils*, consistant dans : 1° la perte totale d'une phalange à un pouce ou à un gros orteil ; 2° la perte

1. Les déformations des mains dues à la profession ne constituent pas un motif d'exemption. Le changement d'état suffit pour les amoindrir. Du reste, les sujets qui les présentent peuvent être classés dans les diverses compagnies d'ouvriers militaires.

totale d'une phalange à l'indicateur droit, ou de deux phalanges à l'indicateur gauche ; 3° la perte totale et simultanée de deux phalanges à deux doigts ; 4° la perte totale et simultanée de deux orteils ; 5° la perte totale et simultanée d'une phalange aux trois derniers doigts, ou aux quatre derniers orteils.

96° Les *pieds plats* et *déviés* qui obligent à marcher sur leur bord interne [1], la *déviation* considérable ou superposition d'un ou de plusieurs orteils susceptible de donner naissance à des excoriations habituelles ; la disposition de l'orteil en marteau, qui oblige à marcher sur l'angle même [2].

97° La *saillie anormale* très prononcée de la tubérosité du premier métatarsien ; les *hyperostoses* ou autres lésions des orteils s'opposant au port de la chaussure.

98° L'*ongle incarné* avec complication de fongosité des chairs, le *mal perforant* du pied.

99° La *bromidrose* abondante des mains et surtout des pieds, quand la peau en est ulcérée, ou qu'elle est bien avérée.

100° La *difformité du corps entier*, résultant d'un défaut d'harmonie ou d'une claudication tenant au plus grand nombre des lésions précédentes, lorsqu'elles existent aux membres inférieurs.

En résumé :

Au point de vue des opérations médicales relatives au recrutement et à la composition de l'armée, les lésions dont l'énumération précède peuvent entraîner :

POUR INAPTITUDE TEMPORAIRE

Dans les cas d'appel. — 1° L'*ajournement à un nouvel examen*, quand les affections sont légères ou peu prononcées et que d'ailleurs, quels que soient leur gravité, leur degré et leur siège dans un organe important, leur guérison est probable, ou que l'état de convalescence consécutif ne doit pas dépasser la période légale d'ajournement.

POUR INAPTITUDE ABSOLUE OU A TOUT SERVICE ARMÉ

Dans les cas d'appel. — 2° L'*exemption définitive*, quand elles sont très prononcées, patentes ou bien constatées.

Dans les cas d'engagements ou de rengagements. — 3° *La non acceptation.* — Leur constatation doit être faite devant l'autorité militaire.

1. Les pieds plats sans déformation des os simplement larges n'excluent pas du service.

2. Des pieds dont les orteils sont légèrement incurvés et superposés n'excluent pas du service dans la cavalerie ou dans l'artillerie à cheval.

Pour les hommes sous les drapeaux. — 4° *La réforme ou la retraite.* — L'appréciation de leur origine, de leur incurabilité et de leur gravité réclame toujours l'intervention de plusieurs médecins : pour la *réforme* (certificats de visite et de contre-visite); pour la *retraite* (certificats d'incurabilité, d'examen et de vérification).

POUR INAPTITUDE RELATIVE

Dans les cas d'appel, et seulement pour les hommes présents sous les drapeaux postérieurement à la loi du 27 juillet 1872. — 5° Le *classement dans le service auxiliaire*, quand elles ne sont pas assez prononcées pour motiver l'exemption ou la réforme, et que par leur caractère et leur nature elles permettent de réserver les sujets qui en sont atteints pour les utiliser en temps de guerre. (Le tableau n° 2 ci-après en donne l'énumération complète.)

TABLEAU N° 2. — **Nomenclature des maladies, infirmités et difformités qui sont incompatibles avec le service actif ou armé, et qui ne rendent pas impropre au service auxiliaire.**

1° L'*obésité*, quand elle n'est pas trop prononcée.
2° Une légère *incurvation du rachis* ou une gibbosité peu accusée.
3° Une légère *claudication*.
4° La *calvitie* ou l'*alopécie*.
5° Le *strabisme* léger de l'œil droit, ou plus prononcé de l'œil gauche, sans diminution notable de la vision.
6° La *myopie* qui n'atteint pas le degré qui motive l'exemption, mais assez prononcée pour nécessiter le port des lunettes dans le service (celle de 1/5 à 1/4).
7° La *blépharite* simple, quoique ancienne.
8° L'*epiphora*.
9° Un *léger affaiblissement de l'ouïe*, avec ou sans perforation de la membrane du tympan.
10° La *surdité* d'un seul côté sans catarrhe.
11° Le *bec-de-lièvre* peu étendu.
12° La *perte* ou *mauvais état* d'un grand nombre de dents.
13° Le *bégayement*, quand il n'est pas excessif.
14° Le *goître* confirmé, quand il n'apporte pas de gêne dans la respiration.
15° La *hernie* inguinale ou crurale peu développée, et facile à maintenir réduite avec un bandage [1].

1. A moins qu'elle ne soit très difficile à réduire ou à maintenir réduite, elle n'est pas un empêchement à un rengagement.

16° La *cirsocèle* et la *varicocèle*, les *varices*, à moins qu'elles ne soient très développées.

17° La *faiblesse d'une articulation* consécutive à une entorse ou à une luxation.

18° L'*inégalité* ou *raccourcissement* peu prononcé du membre supérieur, ou l'incurvation dans l'articulation du coude, sans gêne dans les mouvements.

19° L'*incurvation* d'un ou de plusieurs doigts, la *flexion permanente*, ou l'*ankylose d'un doigt* qui ne s'oppose pas au travail du service spécial auquel le sujet sera employé.

20° L'*incurvation* des jambes, à moins qu'elle ne soit très prononcée.

21° Les *mutilations de doigts* ou *d'orteils* par suite d'amputations de phalanges.

22° Les *pieds plats* et peu déviés.

23° L'*ongle incarné*, compliqué de fongosité des chairs.

24° Les *difformités* gênant le port du casque ou du shako et de l'équipement.

Le médecin chargé d'éclairer les membres du conseil de révision doit donc avoir bien présent à l'esprit non seulement tout ce qui concerne les maladies simulées ou dissimulées, mais avoir fait une étude approfondie de l'*Instruction du conseil de santé des armées*, approuvée le 3 avril 1873 par le ministre de la guerre [1]. Ce document devra être, pour ainsi dire, le bréviaire, le *vade-mecum* du médecin militaire ou du médecin requis.

Les conseils de révision ont pour but d'éloigner de l'armée les conscrits qui ne paraissent pas en état de devenir de bons soldats ou de supporter les fatigues de la guerre.

Le médecin militaire devra donc étudier avec soin cette question et soumettre le sujet à un examen d'ensemble, puis à un examen de détail. S'il constate un cas de révision non apparent, une lésion interne (phthisie, maladie de cœur ou autre), il doit faire partager sa conviction aux membres du conseil et aux assistants, et pour cela en donner une démonstration aussi claire que possible.

1. *Instruction du conseil de santé des armées* pour servir de guide aux médecins militaires dans l'appréciation des maladies, infirmités ou vices de conformation qui rendent impropre au service militaire. Paris, 1873. Imprimerie nationale.

Il devra surtout s'attacher, dans le cas où il soupçonnerait la simulation, à la rendre très évidente aux yeux du conseil de révision. Nous avons vu précédemment que cette tâche n'est pas toujours facile ; dans le cas où le diagnostic présenterait quelques difficultés, on accepte quand même l'individu suspect, quitte à le réformer après un examen ultérieur.

ASSURANCES SUR LA VIE.

On entend par assurances sur la vie un contrat en vertu duquel l'assureur s'engage, pour une somme donnée en une fois ou en plusieurs versements, à payer à l'assuré au bout d'un certain nombre d'années, ou immédiatement à sa famille, en cas de décès, une somme stipulée à l'avance. Ce système, qui a pris naissance en Angleterre, où il s'est rapidement répandu ainsi qu'en Amérique, commence à s'acclimater en France. Les sommes à verser sont fixées d'après des calculs de probabilité qui permettent de savoir quelle sera la durée approximative de la vie d'un individu dont on connait l'âge et le sexe. Mais ces tables, qui ont été dressées surtout en vue de l'individu bien portant, ne sont plus exactes en cas de maladies avouées ou dissimulées ; les Compagnies d'assurances ont donc intérêt à savoir si l'assuré est dans les conditions normales, s'il est en bonne santé, ou s'il n'est pas menacé par une affection qui peut abréger plus ou moins son existence. De là la nécessité de connaitre exactement l'état physique de la personne qu'elles assurent, et par suite l'obligation de faire intervenir un médecin, dont les déclarations serviront de base aux opérations de la Compagnie. Celle-ci en effet ne peut espérer de bénéfice que lorsque l'assuré, par sa constitution, la régularité de ses habitudes et son état de santé, paraît réunir des probabilités de vie moyenne ou de longévité.

Rôle du médecin et certificat médical. — A quel médecin doit-elle s'adresser pour obtenir les renseignements nécessaires ? Prendra-t-elle le médecin de l'assuré, ou celui qu'elle aura choisi spécialement, à cet effet ? La

question est parfois très embarrassante aussi bien pour le médecin que pour la Compagnie.

Comme le fait remarquer avec raison Taylor, si le médecin ordinaire refuse de donner un certificat qui ne peut être que défavorable, il s'expose à perdre son client; mais d'un autre côté, s'il délivre un certificat de complaisance, il s'expose à faire annuler le contrat, ou peut être poursuivi devant les tribunaux comme complice d'une tentative d'escroquerie. Le médecin n'a donc en perspective qu'une responsabilité gênante à tous les points de vue.

Il faut tenir compte en outre de la question de secret médical, et il est difficile pour le médecin habituel d'une famille de déclarer, même sur les feuilles *confidentielles* des Compagnies d'assurances, que monsieur un tel est épileptique, ou cancéreux, ou phthisique, ou fils d'aliéné, etc. Ces pièces peuvent, en cas de contestation ou de procès, venir à la connaissance des intéressés ou être livrées à la publicité.

En présence de ces difficultés, on comprend que le corps médical se soit préoccupé de la question des rapports des médecins avec les Compagnies d'assurances sur la vie. Ainsi, en 1862, la Société médicale du deuxième arrondissement de Paris décidait que tous ses membres s'engageraient, se fondant sur l'obligation du secret médical, à ne délivrer aucun certificat demandé par les Compagnies d'assurances sur la vie, quel que fût l'état de santé du postulant. Trois ans après, les médecins de Toulouse, se basant toujours sur la nécessité du secret professionnel, prenaient une décision analogue et votaient le refus systématique du certificat. Tardieu blâme énergiquement cette décision. « Nous n'approuvons à aucun titre, dit-il, ces engagements collectifs, qui transforment le sentiment du devoir en une convention sociale. La déontologie médicale ne peut en aucun cas se formuler en articles de règlement, et nous n'accepterons jamais que ce vote d'une majorité puisse imposer une règle absolue de conduite là où chacun ne doit se laisser guider que par les plus délicates inspirations de sa conscience. » Legrand du Saulle partage l'opinion de Tardieu, et pense que les décisions des médecins du deuxième arrondissement et de Toulouse reposent sur une fausse interprétation

de l'article 378 du Code pénal relatif au secret médical. Cet article n'est pas une loi de répression, ni d'intimidation, mais plutôt une sauvegarde pour le médecin, qui l'invoque le plus souvent comme fin de non-recevoir, lorsqu'il dépose en justice sur des faits dont il n'a eu connaissance que dans l'exercice de sa profession. L'obligation du secret médical ne peut donc l'empêcher de répondre aux questions de la Compagnie, car il s'agit des véritables intérêts de son client, et on ne peut le blâmer d'avoir dit la vérité, qui lui est réclamée par les deux parties contractantes, l'assureur et l'assuré.

Taylor, pour remédier en partie à ces inconvénients, proposait de ne pas demander de certificat au médecin habituel, mais de faire examiner le postulant uniquement par le médecin de la Compagnie, après une consultation préalable avec le médecin de l'assuré. De cette façon, disait-il, « si l'on refusait d'assurer à vie, la responsabilité en retomberait sur le médecin de l'assurance ; si on l'acceptait, la responsabilité vis-à-vis de la Compagnie serait encore supportée par lui. »

Legrand du Saulle fait remarquer du reste que la responsabilité du médecin se trouve, en fait, très peu engagée et qu'il n'y a pas de recours possible contre lui. Si le certificat qu'il a délivré est faux, en vertu des principes les plus élémentaires de la législation, toute déclaration fausse entraine de droit la nullité d'une convention, et la Compagnie peut résilier un contrat entaché de fraude. Quant au médecin, il est toujours mis hors de cause, car d'après la législation actuelle, « une Compagnie d'assurances sur la vie ne peut être admise à faire la preuve qu'au moment de l'assurance, l'assuré était atteint d'une maladie grave connue de lui et de sa famille, et que l'assurance n'a été que le résultat d'une combinaison frauduleuse consentie entre lui et sa famille. » (Arrêt de la Cour de Paris, 13 décembre 1850.)

En présence de ces difficultés, Tardieu pense, comme Taylor, qu'il y aurait avantage pour les Compagnies d'assurances à renoncer au certifiat du médecin de l'assuré, pour s'en rapporter à l'examen de leur propre médecin. Legrand

du Saulle pense que l'avis d'un seul médecin est insuffisant, et que les Compagnies devraient s'adjoindre un personnel médical suffisant. Une contre-expertise est toujours nécessaire, « car, dit-il, de deux choses l'une : ou le médecin de la Compagnie hésite et fait partager ses doutes, et alors il prive son administration d'une affaire excellente ; ou il se décide hardiment et sans contrôle, et il s'expose alors à faire signer à la Compagnie un contrat onéreux. De toute manière, il n'y a pour les Compagnies ni garantie ni sûreté. »

Des circonstances qui peuvent faire résilier le contrat d'assurance. — Le contrat d'assurance est annulé de plein droit dans les trois cas suivants : 1° lorsque l'assuré s'est suicidé ; — 2° lorsqu'il a été tué en duel ; — 3° lorsqu'il a subi la peine capitale.

Ces deux derniers cas ne présentent aucune difficulté ; il n'en est pas de même du *suicide*. Cette question est souvent fort embarrassante, car, dans bien des cas, il n'est pas facile de dire si la mort est due à un suicide, à un accident, ou si elle est survenue naturellement : ainsi un individu, en visitant un édifice, veut monter en haut du monument ; en gravissant l'escalier qui y conduit, il se dit pris de vertige, tombe et se brise le crâne ; — un autre traverse une rue très fréquentée, d'un air préoccupé, se fait accrocher par une voiture, tombe sous les roues et est écrasé ; — un troisième prend un bain froid, disparait tout à coup au fond de l'eau et se noie ; on dit qu'il a été pris d'une *crampe*. Que doit-on en conclure ? Ces morts sont-elles le résultat d'un accident ou d'un suicide ? Legrand du Saulle pense que, dans la plupart des cas, si l'on pouvait aller au fond des choses, on se trouverait en présence d'un suicide. Dans les cas douteux, les Compagnies préfèrent payer que d'engager des procès qui pourraient porter préjudice à leur entreprise. Lorsqu'au contraire les circonstances de la mort sont suspectes, elles peuvent entamer un procès avec les héritiers, mais alors elles doivent fournir la preuve du suicide, ce qui souvent est presque impossible et nécessite l'intervention du médecin légiste.

Ce qui précède s'applique au suicide *volontaire ;* il peut

arriver qu'un aliéné assuré se donne la mort dans un accès de délire ou pour échapper à des persécutions imaginaires. Qu'arrivera-t-il alors ? La Compagnie devra-t-elle payer la somme assurée aux héritiers ? La jurisprudence est actuellement fixée sur ce point ; il résulte en effet, d'une série d'arrêts rendus par le Tribunal civil de la Seine, que celui qui s'est donné la mort dans un accès d'aliénation mentale ne peut être réputé avoir péri victime d'un suicide volontaire. Pour que la Compagnie puisse être dispensée du remboursement aux héritiers, il faut, suivant cette jurisprudence, que la mort ait été *volontaire*, et que la Compagnie fournisse la preuve que, dans l'espèce, l'aliéné a eu la volonté de se donner la mort. Cette jurisprudence paraît des plus contestables à M. Dechambre, « car, dit-il, rien dans les polices d'assurances n'autorise à prétendre que l'annulation du contrat soit subordonnée au caractère *volontaire* du suicide et non au suicide lui-même. La preuve en est que l'assurance est de nul effet, quand la mort de l'assuré est *imputable au bénéficiaire du contrat* ou qu'elle résulte d'une *condamnation judiciaire*. Il en est de même, ajoutent la plupart des polices, si la mort a lieu par suite du duel ou de suicide. Nulle part il n'est spécifié que ce suicide doive être volontaire. » Aussi, pour éviter toute contestation, M. Dechambre demande-t-il que, dans les polices, on introduise la clause suivante : « Le contrat est nul dans les cas de suicide, même lorsque celui-ci aura été accompli pendant un accès d'aliénation mentale. »

Homicide. — Il peut arriver qu'un individu en fasse assurer un autre pour une somme plus ou moins considérable, puis s'en débarrasse d'une manière quelconque pour toucher ensuite le montant de la police. C'est l'horrible système mis en pratique par Lapommerais, qui empoisonna la veuve de Pauw après l'avoir fait assurer pour une somme de 500,000 francs. William Palmer, en Angleterre, fit assurer sa femme pour 325,000 francs, l'empoisonna six mois après, toucha le montant intégral de l'assurance, fit ensuite assurer son beau-frère pour une somme considérable et le tua de même; il allait recommencer une troisième opération du même genre lorsqu'il fut découvert. Il est bien évident que,

dans ces conditions, quand le crime est prouvé, les Compagnies d'assurances ne sont nullement tenues de payer la somme convenue. Du reste, ces spéculations criminelles se rattachent plutôt aux questions relatives aux attentats à la vie et aux empoisonnements.

Des maladies et des habitudes qui tendent à abréger la vie. — On pourrait dire, d'une manière générale, que toutes les maladies, toutes les habitudes mauvaises, quelles qu'elles soient, tendent à abréger l'existence ; il est cependant certains états morbides, certaines infirmités ou certaines habitudes qui sont plus spécialement incompatibles avec la santé, et que le médecin expert doit toujours avoir présentes à l'esprit : parmi les premiers se trouvent les maladies du système nerveux ou la folie, certaines affections qui, en dehors de toute aggravation exceptionnelle, exercent une influence funeste sur l'existence humaine, et en accélèrent la terminaison fatale, comme l'hémoptysie, la gravelle, la goutte, l'asthme, le catarrhe vésical, les hernies, les lésions cardiaques, l'hydropisie, le cancer, etc., etc. ; parmi les secondes, l'intempérance, l'ivrognerie, l'abstinence volontaire et l'abus du tabac.

Le médecin consulté soit par le postulant, soit par la Compagnie devra se faire un devoir de ne pas dissimuler ces états morbides.

a. **Affections du système nerveux.** — Le diagnostic de ces maladies, surtout au point de vue de la terminaison probable, est souvent difficile à établir, et le médecin qui n'a pas étudié particulièrement cette question s'expose à des erreurs grossières, et peut engager la Compagnie qu'il représente dans des contrats ruineux. Parmi les maladies nerveuses, la *paralysie générale* est certainement celle qui, au début, prête le plus facilement aux tentatives de fraudes ou de spoliation, si l'attention du médecin n'est pas spécialement éveillée sur ce point. Le fait suivant, raconté par Legrand du Saulle, en est un exemple frappant : deux hommes d'un certain âge — les deux frères — se présentent un jour dans le salon d'un médecin aliéniste de Paris. L'aîné pénètre seul d'abord dans le cabinet de notre confrère, et le prie d'examiner avec soin le malade qu'il lui amène. « Il n'a rien, dit-il, il se porte

bien, et cependant il n'est plus le même. » Après un long interrogatoire, le frère aîné prend en particulier le médecin aliéniste et le supplie de lui parler à cœur ouvert. « La situation me parait fort grave, répond l'homme de l'art, votre frère a des signes avant-coureurs de la paralysie générale. » Des explications furent ensuite données au sujet de cette terrible maladie, et l'on parla même de la possibilité d'une échéance fatale dans l'espace de trois ou quatre ans. Les visiteurs disparurent; mais une assurance de 100,000 francs fut placée sur la tête du malade, et, trois ans après, le frère aîné recueillait tranquillement le produit de son vol.

b. **L'intempérance et les habitudes d'ivrognerie** sont des causes de refus de payement de la part des Compagnies d'assurances, quand ces habitudes ont été dissimulées au moment du contrat. Mais la grande difficulté est de prouver que l'assuré s'adonnait à l'ivresse à cette époque. On sait en effet que dans certaines classes et dans certains pays surtout, comme l'Angleterre, des individus absorbent de grandes quantités d'alcool, sans jamais se montrer en état d'ivresse, et si, dans la Grande-Bretagne, les Compagnies voulaient refuser tous ceux qui abusent des alcools, elles risqueraient fort de fermer leurs bureaux. M. Decaisne a publié en 1876 des cas d'alcoolisme dus à l'usage immodéré de la liqueur de la grande Chartreuse et de l'eau de mélisse des Carmes, chez des personnes qu'on ne pouvait soupçonner de s'adonner à l'ivrognerie.

En présence de ces difficultés, le médecin ne doit jamais oublier de diriger ses recherches sur ce point et de le signaler aux assurances; de leur côté, quelques Compagnies d'assurances anglaises posent aujourd'hui la question suivante : « Avez-vous maintenant et avez-vous toujours eu des habitudes de tempérance ? » Cette question préalable leur donne un recours contre l'assuré, et permet de résilier le contrat dans les cas où les habitudes d'intempérance ont été dissimulées.

c. **Abstinence systématique.** — En Angleterre, la formation des *Sociétés de tempérance* a provoqué des excès en sens inverse, c'est-à-dire que les partisans de ce système en ont

exagéré les principes : on a vu des individus, adonnés toute leur vie à l'intempérance et aux plaisirs de toute sorte, y renoncer subitement, changer complètement leur manière de vivre, s'enrôler dans une Société de tempérance et adopter le régime végétal (*vegetarian system*). Un changement de vie et d'alimentation aussi brusque, surtout chez des personnes âgées, peut être le point de départ d'affections plus ou moins graves, capables d'abréger l'existence. Dans un cas de ce genre, une Compagnie d'assurances de Newcastle (1851) voulut refuser de payer la police d'un individu mort quelques mois après avoir adopté ce régime de tempérance exagérée. Elle fut condamnée, mais, suivant Taylor, le président conseilla à la Compagnie d'ajouter cette demande à son questionnaire : « Avez-vous des habitudes exagérées de tempérance ? Etes-vous partisan du régime végétal ? » (*Are you vegetarian ?*)

d. **Tabac.** — L'influence du tabac sur la vie humaine a été très discutée ; quelques auteurs, Taylor entre autres, pensent qu'il peut abréger l'existence et que les Compagnies devraient en faire mention dans leur questionnaire. Il y a évidemment là de l'exagération, et l'habitude de fumer n'a jamais été une cause sérieuse de résiliation de contrat entre l'assureur et l'assuré.

e. **Opium.** — L'usage immodéré de l'opium, très répandu en Angleterre, a donné lieu à des procès : les experts (Christison, Alison, Abercrombie, Duncan), consultés sur la question de savoir si l'usage continu de l'opium peut abréger la vie, répondirent par l'affirmative. Cette habitude peut donc être invoquée comme cause de résiliation de contrat ou refus de payement.

RENTES VIAGÈRES.

(Rentes viagères constituées sur la tête d'une personne qui vient à décéder dans les vingt jours.)

Législation. — *Code civil.* Art. 1972. — La rente viagère peut être constituée sur une ou plusieurs têtes.

Art. 1974. — Tout contrat de rente viagère créée sur la tête d'une personne qui était morte au jour du contrat ne produit aucun effet.

Art. 1975. — Il en est de même du contrat par lequel la rente a été créée sur la tête d'une personne atteinte de la maladie dont elle est décédée dans les vingt jours de la date du contrat.

Pour que le contrat de rentes viagères soit déclaré nul, il faut : 1° que le décès ait lieu dans les vingt jours de la date du contrat, — 2° que la personne ait été déjà malade au moment du contrat; — 3° qu'elle ait succombé à la maladie dont elle était alors affectée.

Le jour de la date du contrat ne doit pas être compté dans les vingt jours : il faut vingt jours francs à partir du lendemain du contrat (Rouen, 3 décembre 1821, Toulouse, 2 juin 1832) (Briand et Chaudé).

Le contrat est valable lorsque la mort survient après le vingtième jour, même lorsqu'elle est la conséquence évidente et naturelle de la maladie qui existait déjà lorsque le contrat a été fait.

Le rôle du médecin légiste sera de constater l'état de santé ou de maladie au moment du contrat, et surtout de préciser que le crédi-rentier a bien succombé à la maladie qu'il avait primitivement; car c'est là le point capital : pour que le contrat puisse être annulé, il faut qu'il soit démontré que *le décès est réellement le résultat naturel de la même maladie dont la personne était atteinte.* Ainsi un individu bien portant en signant l'acte viendrait à mourir quelques instants après, ou, étant déjà malade, viendrait à succomber dans les vingt jours à un accident étranger à sa maladie, l'acte contracté ne pourrait être annulé. Un individu, par exemple, atteint depuis longtemps d'un anévrysme interne dont il est peu incommodé, reçoit un coup violent qui en détermine la rupture et cause la mort; dans ce cas, suivant Marc, il est évident que l'article 1975 n'est pas applicable, parce que la maladie existant à l'époque du contrat n'est devenue mortelle dans les vingt jours suivants que par suite d'une violence extérieure, d'un accident tout à fait étranger à la maladie.

La grande difficulté est justement de prouver que la cause déterminante de la mort est une des suites naturelles de la maladie constatée à l'époque du contrat. Il est des cas très

embarrassants : ainsi, par exemple, un individu hémiplégique depuis dix ans, par suite d'une première apoplexie, a plusieurs attaques successives, et deux jours après avoir passé un contrat de rente succombe à une nouvelle attaque, survenue à la suite d'une vive altercation. Doit-on considérer cette dernière attaque comme la conséquence de la maladie qui avait déjà provoqué les précédentes et l'hémiplégie, ou bien chaque attaque d'apoplexie comme une attaque différente, indépendante de la lésion qui avait produit l'hémiplégie. Dans un cas de ce genre, qui se présenta en 1830, Renauldin, Desgenettes, Chaussier concluaient avec Marc, Coze, Tourdes, Bérot et Maréchal, que chaque attaque d'apoplexie devait être considérée comme « une maladie indépendante, isolée des attaques précédentes et n'ayant d'autre rapport avec celle qui survient plus tard que la disposition plus grande du sujet à en être de nouveau affecté. » D'autres au contraire, Baumes, Sérane, Vigarous et Delpech soutenaient qu'il y avait continuité de maladie entre la première attaque d'apoplexie, l'hémiplégie dont était frappé le sujet et l'apoplexie à laquelle il avait succombé. Briand et Chaudé pensent qu'actuellement la majorité des médecins se prononcerait dans ce dernier sens. « Assurément, ajoutent-ils, en parlant d'une personne atteinte de la maladie dont elle est décédée dans les vingt jours, le législateur entend parler de la maladie elle-même, des altérations organiques qu'elle entraine et non de ces premiers symptômes qui n'en sont que les précurseurs éloignés; mais il suffit que la mort soit la conséquence de la maladie dont le crédirentier était atteint, sans qu'il soit nécessaire que ce soit de cette maladie elle-même : un individu atteint de phthisie meurt d'une hémoptysie, ce sont là peut-être deux maladies différentes; on pourra cependant soutenir avec raison que l'acte de rente viagère est frappé de nullité, car la phthisie comme l'hémoptysie sont la conséquence directe de la tuberculisation pulmonaire, et le malade est mort des progrès de cette tuberculisation. »

Le *suicide* du crédi-rentier dans les vingt jours du contrat ne l'annule pas, même dans le cas où, dès avant cette époque, il aurait manifesté l'intention de se tuer : on ne peut

démontrer en effet qu'il est mort d'une maladie dont il était atteint au moment où il a souscrit l'acte.

On s'est demandé enfin si la *grossesse* devait être considérée comme une *maladie*, et si l'on devait annuler le contrat d'une rente constituée sur la tête d'une femme enceinte, qui meurt dans les vingt jours. Il paraît admis que la grossesse ne doit pas être regardée comme une maladie, à moins que la femme ne soit dans un état morbide qui ait rendu l'accouchement mortel. Enfin, suivant Dehincourt, il faut encore excepter le cas où la femme est tellement contrefaite que l'accouchement constitue un danger certain.

QUESTIONS JUDICIAIRES RELATIVES A L'INDIVIDU MORT

DE LA MORT ET DU CADAVRE

Législation. — La loi s'occupe longuement des questions relatives à l'individu en danger de mort ou à l'état de cadavre. Voici les principaux articles du Code civil, du Code pénal, des décrets et ordonnances de police se rattachant à la mort, aux inhumations, aux exhumations et aux autopsies.

Danger de mort. Mort. — *Ordonnance de police du 2 décembre* 1822. Art. 1er. — Lorsque quelqu'un court des dangers sur la voie publique ou partout ailleurs, toute personne témoin de l'accident est invitée à porter secours à l'individu que le danger menace. S'il est trouvé en état de mort apparente, *on fera prévenir en même temps l'homme de l'art le plus voisin;* et l'on donnera avis de l'accident, à Paris, au commissaire de police et au commandant du poste à proximité; dans les communes rurales, au maire et au commandant de la gendarmerie.

Art. 2. — Tout individu trouvé blessé sur la voie publique, ou retiré de l'eau en état de suffocation, ou asphyxié soit par des vapeurs méphitiques, soit par le froid ou par la chaleur, sera transporté de suite (s'il n'y a pas mort certaine manifestée par un commencement de putréfaction) dans un endroit commode, de préférence dans un corps de garde, dans un des lieux où se trouvent déposées des boîtes de secours, ou dans un hôpital, s'il s'en trouve un à proximité, à l'effet d'y recevoir les secours nécessaires. Le commissaire de police ou le commandant du poste, s'il est le premier averti, et les maires dans les communes rurales, *requerront sur-le-champ l'assistance d'un homme de l'art.*

Art. 3. — En l'attendant, il sera donné au blessé des secours applicables à son état. — A son arrivée, l'homme de l'art prendra la direction des secours, le maire ou le commissaire veillera à ce qu'ils puissent être administrés avec ordre et sans embarras.

Art. 4. — Si l'individu rappelé à la vie a besoin de secours ultérieurs, il sera transporté à son domicile s'il le demande, sinon à l'Hôtel-Dieu, et, en cas d'urgence, à l'hospice le plus voisin. — Si l'individu ne peut être rappelé à la vie, il sera procédé de la manière indiquée ci-après (art. 8).

Art. 6. — Tout homme de l'art qui, *hors le cas de notoriété publique*, aura administré des secours à des blessés, sera tenu d'en faire sur-le-champ sa déclaration au commissaire de police ou au maire (dans les communes rurales). Cette déclaration contiendra les nom, prénom, profession et demeure des blessés, la cause de leurs blessures, leur gravité et, autant que possible, les circonstances qui y ont donné lieu.

Art. 7. — Les *médecins* et *chirurgiens des hospices* feront la même déclaration pour tous les blessés dans les hospices (édit de décembre 1606, ord. de police du 4 novembre 1788, du 17 nivôse an IX, ou 8 mars 1801, du 25 ventôse an XIII, ou 16 mars 1805).

Art. 8. — Lorsqu'un cadavre aura été retiré de l'eau, ou trouvé sur la voie publique ou partout ailleurs, avec les signes d'une mort certaine *manifestée par un commencement de putréfaction*, il en sera donné avis sur-le-champ au commissaire de police, si c'est à Paris, ou au maire, dans les communes rurales, ou à un des officiers de la police judiciaire. Cet officier se transportera aussitôt au lieu de l'événement, assisté d'un homme de l'art, pour procéder à la levée du cadavre.

Art. 9. — Il en sera de même aussitôt qu'un officier de police aura été averti qu'une personne a été noyée, asphyxiée ou victime de tout autre accident grave.

Art. 10. — Le médecin ou le chirurgien constatera avec la plus grande exactitude l'état actuel du cadavre; et dans le cas où il remarquerait que la mort peut être le résultat de violences exercées sur l'individu, il requerra, sous sa responsabilité, un second examen par les médecins experts assermentés près la Cour d'appel du département (ou par tels hommes de l'art que le procureur impérial commettra ou qu'il adjoindra au premier). — Sa déclaration sera insérée, comme il a été dit ci-dessus, au procès-verbal dressé par l'officier de police.

Art. 11. — Il sera procédé, pour les portions de cadavres trouvés dans la rivière ou ailleurs, de la manière prescrite pour les cadavres entiers.

A l'occasion des émeutes de 1833, l'autorité a voulu exiger l'exécution des articles 6 et 7; tous les membres du corps médical de Paris, sauf un, refusèrent énergiquement de s'y soumettre.

Décès. Inhumations. — *Code civil.* Art 77. — Aucune inhumation ne sera faite sans une autorisation, sur papier libre et sans frais, de l'officier de l'état civil, qui ne pourra la délivrer qu'après s'être transporté auprès de la personne décédée, pour s'assurer du décès, et que vingt-quatre heures après le décès, hors les cas prévus par les règlements de police.

Art. 80. — *En cas de décès dans les hôpitaux* militaires ou civils, ou autres maisons publiques, les supérieurs, directeurs, administrateurs et maîtres de la maison seront tenus d'en donner avis, dans les vingt-quatre heures, à l'officier de l'état civil, sur les déclarations qui lui auront été faites et sur les renseignements qu'il aura pris.

Art. 81. — Lorsqu'il y aura des signes ou indices de mort violente, ou d'autres circonstances qui donneront lieu de le soupçonner, on ne pourra faire l'inhumation qu'après qu'un officier de police, assisté d'un docteur en médecine ou en chirurgie, aura dressé procès-verbal de l'état du cadavre et des circonstances y relatives, ainsi que des renseignements qu'il aura pu recueillir sur les prénom, nom, âge, profession, lieu de naissance et domicile de la personne décédée.

Art. 85. — Dans tous les cas de mort violente, ou dans les prisons et les maisons de réclusion ou d'exécution à mort, il ne sera fait sur les registres de l'état civil aucune mention de ces circonstances, et les actes de décès seront simplement rédigés dans les formes de l'article 79.

La déclaration des *mort-nés* présente certaines particularités qu'il est utile de connaître. Un *décret du 4 juillet* 1806 indique la marche à suivre en pareil cas :

Art. 1er. — Lorsque le cadavre d'un enfant dont la naissance n'a pas été enregistrée sera présenté à l'officier de l'état civil, cet officier n'exprimera pas qu'un tel enfant est décédé, mais seulement qu'il lui a été présenté sans vie; il recevra de plus la déclaration des témoins, touchant les noms, prénoms, qualités et demeure des père et mère de l'enfant, et la désignation des an, jour et heure auxquels l'enfant est sorti du sein de sa mère.

Art. 2. — Cet acte sera inscrit à la date sur le registre des décès, sans qu'il en résulte aucun préjugé sur la question de savoir si l'enfant a la vie ou non.

D'après différentes circulaires des préfets de Paris aux maires de cette ville (8 juillet 1863, 28 novembre 1868, 15 janvier 1869), la catégorie des mort-nés ne doit comprendre que les enfants décédés avant, pendant ou après l'accouchement qui *n'ont pas été l'objet d'un acte de naissance.* Les accoucheurs

ou les familles doivent toujours déclarer à l'officier de l'état civil comme mort-nés tous les produits de la conception à partir de six semaines. Quand le produit de la conception n'a pas atteint quatre mois, l'officier de l'état civil n'a point à se conformer aux prescriptions du décret de 1806 : il doit seulement transcrire sur un registre spécial, le certificat du médecin vérificateur (Lacassagne).

Un autre décret du 3 janvier 1813, sur l'*exploitation des mines*, règle les formalités à suivre dans les cas d'incendie, d'éboulements ou d'autres catastrophes dans les mines. Les maires et les officiers de police doivent se faire présenter les corps des ouvriers qui auraient péri dans ces accidents, et ne permettre leur inhumation qu'après que le procès-verbal de l'accident aura été dressé, conformément à l'article 81 du Code civil, et sous les peines portées par les articles 358 et 359 du Code pénal.

Lorsqu'il y aura impossibilité de parvenir jusqu'au lieu où se trouvent les corps des ouvriers qui auraient péri dans les travaux, les exploitants, directeurs ou autres ayants cause, seront tenus de faire constater cette circonstance par le maire ou autre officier public, qui en dressera procès-verbal, et de le transmettre au procureur de la République ; cet acte sera annexé aux registres de l'état civil. Le procès-verbal, suivant Demolombe, parait destiné à remplacer l'acte de décès, soit quant à l'ouverture de la succession, soit quant à tous les autres droits qui peuvent être subordonnés au décès.

Code pénal. Art. 358. — Ceux qui, sans autorisation préalable de l'officier public dans le cas où elle est prescrite, auront fait inhumer un individu décédé, seront punis de six jours à deux mois d'emprisonnement et d'une amende de seize à cinquante francs, sans préjudice de la poursuite des crimes dont les auteurs de ce délit pourraient être prévenus dans cette circonstance. La même peine aura lieu contre ceux qui auront contrevenu, de quelque manière que ce soit, à la loi et aux règlements relatifs aux inhumations précipitées.

Art. 359. — Quiconque aura recélé ou caché le cadavre d'une personne homicidée ou morte des suites de coups ou blessures sera puni d'un emprisonnement de six mois à deux ans, et d'une amende de cinquante à quatre cents francs, sans préjudice de peines plus graves, s'il a participé aux crimes.

Art. 360. — Sera puni d'un emprisonnement de trois mois à un an, et de seize francs à deux cents francs d'amende, quiconque se sera rendu coupable de violation de tombeaux ou de sépultures, sans préjudice des peines contre les crimes ou délits qui se seraient joints à celui-ci.

Ensevelissements précipités. — L'ordonnance du 21 vendémiaire au IX, confirmée et amendée par l'arrêté du 25 janvier 1841, règle comme il suit les formalités à prendre pour éviter les ensevelissements précipités :

Art. 1er. — Les personnes qui se trouveront auprès d'un malade au moment de son décès présumé éviteront de lui couvrir et envelopper le visage, de le faire enlever de son lit pour le déposer sur un sommier de paille ou de crin, et de l'exposer à un air trop froid.

Art. 2. — La déclaration du décès sera faite par les deux plus proches parents ou voisins de la personne décédée.

Art. 3. — Il ne sera donné acte de cette déclaration par l'officier public qu'après que le décès aura été constaté par la forme prescrite par les articles suivants, et jusque-là il sera sursis à l'ensevelissement.

Art. 5. — Aussitôt que les maires auront reçu une déclaration de décès, ils en donneront avis à l'officier de santé, qui se transportera sur-le-champ au domicile de l'individu présumé décédé.

Art. 6. — Si l'officier de santé juge le décès certain, il sera, sur son rapport, dressé acte par l'officier public de la déclaration du décès faite par les parents ou voisins.

Art. 7. — Si l'officier de santé juge que ce décès n'est pas certain, l'officier public ordonnera de surseoir à l'ensevelissement jusqu'à certitude complète acquise par de nouvelles visites et par le rapport de l'officier de santé.

Art. 8. — Dans tous les cas, l'ensevelissement des corps décédés, leur mise en bière, leur inhumation, et en général toute disposition dont ces corps peuvent être l'objet, ne devra avoir lieu qu'après l'expiration complète d'un *délai de vingt-quatre heures* à partir de la déclaration du décès ; à moins qu'il n'y ait dissolution commencée et constatée par le médecin vérificateur, qui sera tenu, en ce cas, d'insérer au procès-verbal de visite les motifs sur lesquels se fonde la déclaration que l'inhumation est urgente.

Exhumations. — Art. 360. (Voir ci-dessus.)

Code d'instruction criminelle, art. 44. — S'il s'agit d'une mort violente ou d'une mort dont la cause est inconnue, le procureur de la République se fera assister d'un ou de deux officiers de santé, qui feront leur rapport sur les causes de la mort et sur l'état du cadavre.

Les personnes appelées, dans le cas du présent article, prêteront devant le procureur de la République le serment de faire leur rapport et de donner leur avis en honneur et conscience.

Autopsie. — Embaumements. — Moulage ou opérations, pouvant changer en décès réel une mort qui ne serait qu'apparente.

Ordonnance du 6 septembre 1839. Art. 1er. — A Paris, et dans les autres communes du ressort de la préfecture de police, il est défendu de procéder au moulage, à l'autopsie, à l'embaumement ou à la momification des cadavres, avant qu'il se soit écoulé un délai de vingt-quatre heures depuis la déclaration du décès à la mairie, et sans qu'il en ait été adressé une déclaration préalable au commissaire de police à Paris, et au maire dans les communes rurales.

Art. 2. — Cette déclaration devra indiquer que l'opération est autorisée par la famille; elle fera connaître, en outre, l'heure du décès, ainsi que le lieu et l'heure de l'opération.

Art. 4. — Il n'est fait exception aux dispositions de la présente ordonnance que pour les cadavres des personnes dont le décès aurait été constaté judiciairement.

Art. 6. — Les dispositions de la présente ordonnance ne sont pas applicables aux opérations qui sont pratiquées dans les hôpitaux et hospices, et dans les amphithéâtres de dissection légalement établis.

Les autopsies dans les *hôpitaux militaires* sont réglées par l'article 39 du Règlement sur le service de santé de l'armée ainsi conçu :

« Toutes les fois que le médecin en chef le juge opportun, il exécute lui-même ou fait pratiquer sous sa direction les autopsies cadavériques, et en fait tenir note sur un registre établi à cet effet. »

Dans les *hôpitaux civils*, il en est de même, à moins que la famille ne mette opposition dans les vingt-quatre heures; mais celle-ci doit être faite par les époux, frères et sœurs, oncles et tantes, neveux et nièces. Le Consistoire israélite a réclamé d'avance les cadavres des israëlites, et rend leur autopsie impossible.

Les questions relatives à la mort et au cadavre qui peuvent nécessiter l'intervention médico-légale sont : l'agonie, les signes de la mort, la détermination de la date de la mort, la mort naturelle, la mort apparente, la mort accidentelle ou subite, la mort violente.

DE L'AGONIE.

Les auteurs anciens entendaient par *agonie* (du mot grec ἀγων, combat) la lutte suprême entre la vie et la mort; les écrivains modernes n'acceptent plus cette définition, parce que, comme le fait remarquer Jaccoud, « la lutte n'existe pas dans l'agonie, il n'y a plus alors qu'un organisme défaillant, dont la force vitale anéantie s'abaisse graduellement jusqu'à l'extinction complète. » Dès que l'agonie commence, la lutte est finie, la mort triomphe, la vie est vaincue et l'organisme continue à fonctionner en quelque sorte en vertu de la force acquise. Suivant l'expression de Parrot : « l'agonie, ce n'est plus le vent agitant la torche enflammée, c'est cette fumée qui enveloppe la torche incandescente encore, mais dont la flamme vient de s'éteindre. »

Cette phase terminale peut manquer dans bien des cas, par exemple dans les cas de mort subite, ou de mort par décrépitude. Lorsqu'elle existe, elle se reconnait à l'ensemble des caractères suivants : affaiblissement des facultés intellectuelles; — état de subdelirium; — disparition successive des organes des sens, du goût, de l'odorat, de l'ouïe et de la vue; les yeux se couvrent d'un enduit visqueux et perdent leur éclat, les pupilles se dilatent et restent insensibles à l'action de la lumière; le toucher semble survivre aux autres sens; mais les mouvements sont plutôt automatiques que volontaires : ce sont des mouvements carphologiques; — immobilité et altération des traits; — faiblesse générale telle que le corps s'affaisse comme une masse; — respiration rare, inégale, laborieuse, accompagnée d'un râle particulier, caractéristique; — perte de la voix et de la parole; — langue sèche ou couverte d'un enduit gluant; — déglutition difficile, les liquides passent dans le larynx; — sueur froide et visqueuse recouvrant tout le corps; — pouls filiforme, misérable, disparaissant d'abord au poignet pour être à peine sensible au pli du coude; lorsqu'il a disparu en ce dernier point, on peut encore entendre pendant quelque temps les battements du cœur; — enfin cessation définitive de bruits cardiaques : la vie ne se manifeste plus que par des mouve-

ments respiratoires qui apparaissent à de longs intervalles, jusqu'au moment où une dernière expiration vient terminer la scène. (Legrand du Saulle.)

Cet état peut durer en moyenne de 6 à 18 heures; il peut être moindre ou se prolonger davantage.

L'agonie, étant une *asphyxie* lente (Jaccoud), et la mort survenant presque toujours par l'appareil respiratoire, le cœur ou l'encéphale, les symptômes que nous venons de décrire s'observent presque constamment à la période d'agonie, quelle que soit la maladie qui détermine la mort (Legrand du Saulle).

Dans certains cas, il peut être nécessaire, pour une expertise judiciaire, de savoir si l'agonie a été rapide ou de longue durée. Dans le premier cas, le sang est d'une fluidité particulière, remarquable; — dans le second, on observe les signes d'une asphyxie lente, c'est-à-dire l'engorgement du système veineux, avec stases sanguines et congestions multiples; de l'engorgement du poumon, des mucosités dans les bronches et des concrétions polypeuses (caillots jaunâtres et fibrineux) dans le cœur et les gros vaisseaux.

Nous avons vu précédemment (p. 93) quelle doit être la conduite du médecin légiste dans l'appréciation de l'*état mental des agonisants*, au point de vue des actes qu'ils peuvent accomplir, comme un mariage *in extremis*, un testament ou une donation.

DES SIGNES DE LA MORT

De tout temps, en présence de cas avérés de gens enterrés vivants, on a cherché quels sont les signes certains de la mort, pour éviter de nouvelles erreurs à jamais regrettables.

Malheureusement, malgré les nombreuses recherches faites sur cette importante question, il est parfois très difficile d'affirmer que la mort est absolument certaine. Disons d'abord qu'il n'*existe pas un signe unique*, pathognomonique, pour ainsi dire, de la mort réelle. La certitude qu'on peut en acquérir résulte de la constatation d'un ensemble de

signes qui, lorsqu'ils existent tous, donnent une très grande probabilité que l'individu est bien mort.

Suivant Ladreit de La Charrière, on peut les diviser en deux classes : signes *fonctionnels* et signes *organiques*. Les premiers (abaissement de la température, arrêt de la respiration, cessation des battements du cœur, abolition de la contractilité musculaire) sont à proprement parler des signes *négatifs*, ils résultent de l'abolition d'une fonction, et acquièrent par leur durée une valeur de plus en plus grande, qui peut devenir une certitude. Mais tout d'abord ils doivent être rangés parmi les signes incertains. — Les seconds (lividités cadavériques, rigidité, putréfaction) sont objectifs, positifs et sont dus à des modifications chimiques ou physiques qui ne peuvent pas se produire pendant la vie. Ce sont donc bien des signes certains de la mort.

Nous examinerons successivement chacun de ces signes, c'est-à-dire : l'aspect général du corps, la perte de la sensibilité, l'abolition de la contractilité musculaire, le relâchement des sphincters, la rigidité cadavérique, l'état de l'œil, l'absence des mouvements respiratoires, l'arrêt de la circulation, l'abaissement de la température et la putréfaction.

A. **Aspect général.** — Le *facies cadavérique* n'est caractéristique que chez les individus morts à la suite d'une maladie chronique, de longue durée, comme la phthisie ou le cancer par exemple ; on l'observe alors même pendant la vie; il n'existe pas chez les individus qui ont succombé à la suite d'un accident ou d'une maladie aiguë. Ce qui frappe surtout dans le *facies* cadavérique, c'est l'affaissement des traits, la pâleur mortelle uniformément répandue sur tout le visage, enfin l'*abaissement de la mâchoire inférieure* et l'ouverture des *yeux* et de la *bouche*. Casper fait remarquer que personne ne meurt la bouche et les yeux fermés.

Ajoutons enfin que quelquefois la face conserve l'expression des sentiments qui ont animé l'individu dans les derniers moments de sa vie. Cette particularité, à laquelle il ne faut pas du reste attacher une trop grande importance, peut donner quelques indications dans les cas de mort violente ou de crime.

L'*attitude* du corps est également caractéristique : le cada-

vre est dans le décubitus dorsal, les membres à demi fléchis, retombant le long du corps, la tête courbée, la pointe du pied tournée en dehors, le pouce fléchi vers le creux de la main. Ce dernier signe, la *flexion du pouce*, due à une dernière contraction musculaire, suivant Josat, manque sept fois sur dix ; il n'a donc qu'une valeur très secondaire.

Signalons enfin dans l'aspect général les *lividités cadavériques* et les *vergetures* que nous étudierons plus loin.

B. **Perte de la sensibilité.** — Elle est absolue même dans les régions où, durant la vie, la sensibilité est la plus exquise, comme la plante des pieds, la face palmaire des extrémités des doigts, l'épigastre, la face antérieure et supérieure du thorax, et enfin le *mamelon*, qui, suivant Desgranges et Josat, est le siège de la sensibilité la plus vive. Les moyens généralement employés dans ces circonstances, les frictions, les sinapismes, les vésicatoires, l'acupuncture, les cautérisations, les ventouses, ne produisent aucune réaction dans ces diverses régions. On doit du reste prendre des précautions pour que, en cas de survie, il ne reste pas de blessures sérieuses. La cautérisation ou la *brûlure*, soit au fer rouge, soit à l'eau bouillante ou à la cire brûlante, est un des moyens de constater la perte de la sensibilité ; elle démontre en même temps la mort réelle par l'absence de la phlyctène séreuse et de l'auréole inflammatoire qu'on observe toujours sur les tissus vivants.

C. **Perte de la contractilité musculaire.** — Suivant Tourdes, le tissu musculaire est un des tissus qui conservent le plus longtemps ses propriétés vitales, et la disparition de la contractilité musculaire est un des signes de mort les plus certains. Elle persiste, selon Nysten et Hallé, environ sept à huit heures après la mort pour les muscles de la vie de relation, et beaucoup moins pour ceux de la vie organique. La contractilité disparait d'abord dans le ventricule gauche, puis les intestins et l'estomac (quarante-cinq minutes), la vessie, le ventricule droit du cœur (une heure), l'œsophage (une heure et demie), les muscles du tronc, les membres abdominaux, puis les membres thoraciques, enfin, particularité assez curieuse, dans l'oreillette droite du cœur, où elle persiste le plus longtemps. Tourdes considère comme signe

certain de la mort l'absence de toute contractilité musculaire sous l'influence d'un appareil d'induction capable de dégager des étincelles de 1 à 2 millimètres ou de 1 à 2 centimètres, suivant l'instrument employé. Aussi Marc pensait-il que les corps ne devraient jamais être portés en terre sans avoir subi l'épreuve du galvanisme.

D. Le **relâchement brusque et presque instantané des sphincters** n'est pas un signe absolument certain de la mort; on l'observe en effet non seulement dans l'agonie, mais encore dans certaines affections cérébrales, dans la syncope; enfin elle a été constatée chez certains asphyxiés qui ont été rappelés à la vie.

E. La **rigidité cadavérique** a beaucoup plus de valeur, et de tout temps elle a été considérée comme un des meilleurs signes de la mort (Zacchias). Suivant Louis, c'est même le plus sûr de tous les signes de la mort réelle.

Elle apparait quand la contractilité musculaire a cessé, environ six à douze heures après la mort (Lacassagne), se généralise en vingt-quatre heures et frappe successivement la mâchoire inférieure, la nuque, le visage, le tronc, les membres supérieurs, puis les membres inférieurs; elle diminue ensuite pour disparaître au bout de trente-six ou quarante-huit heures. Elle survient plus tôt chez les individus affaiblis par l'âge ou une longue maladie; elle est tardive au contraire chez les sujets jeunes ou qui ont succombé à une mort violente, particulièrement chez les asphyxiés, surtout dans l'asphyxie par le charbon (Legrand du Saulle). Dans les cas où elle parait tardivement, elle dure aussi plus longtemps; ainsi, dans l'asphyxie par le charbon, elle ne commence quelquefois que quatorze ou quinze heures après la mort, mais elle peut persister plusieurs jours, surtout si la température est très sèche et très froide.

La rigidité cadavérique est très faible et de très courte durée chez les enfants nouveau-nés venus à terme et chez les petits enfants. Ce n'est pas l'opinion de Casper, qui n'a trouvé sous ce rapport aucune différence entre la mort par asphyxie et les autres genres de mort. Une basse température et l'alcoolisme prolongent la durée de la rigidité.

On pourrait la confondre : 1° avec la rigidité produite

par la *congélation;* celle-ci se reconnaît à ce fait qu'elle existe dans toutes les parties du corps, même dans les organes abdominaux, qui, dans la rigidité cadavérique, conservent une certaine souplesse, enfin au craquement particulier que font entendre les membres dans les mouvements de flexion; ce bruit, que Duvergie compare au *cri de l'étain*, résulte de la fracture des petits glaçons formés dans le tissu cellulaire; — 2° avec la rigidité *convulsive* particulière à certaines affections nerveuses; dans ce dernier cas, le membre qu'on a plié de force reprend sa position dès qu'on cesse de le maintenir.

Suivant Tourdes, la rigidité cadavérique tient à des modifications moléculaires et chimiques du tissu musculaire. Quand la circulation s'arrête, le muscle devient acide, et cette acidité détermine la coagulation de la myosine, matière albumineuse qui remplit la fibre musculaire. « Cette matière coagulable, dit-il, est comme à l'état de solution concentrée dans le muscle vivant; elle passe après la mort à l'état de grumeaux. Quand on exprime cette substance du muscle, il perd la faculté de se raidir. Le muscle redevient souple quand l'ammoniaque sature l'acide et quand la fibre se désorganise. »

On s'est demandé si la rigidité cadavérique s'accompagnait du raccourcissement des muscles pouvant donner lieu à des positions particulières des membres chez l'homme; le seul fait qui soit incontestable, c'est le relèvement de la mâchoire inférieure pendant la rigidité cadavérique; tous les autres mouvements, surtout ceux des membres, sont exceptionnels et plus ou moins discutables. Il résulte des expériences de Hoffmann que, chez les animaux, les fléchisseurs paraissent l'emporter dans les membres supérieurs, et les extenseurs dans les inférieurs. Rien ne prouve qu'il en soit ainsi chez l'homme; les expériences consistant à faire serrer avec force un objet pris dans la main d'un cadavre quelques minutes après la mort n'ont jamais réussi. Malgré tous les bandages contentifs, l'objet est tenu, mais non serré et peut être enlevé sans le moindre effort. Le fait d'une arme fortement saisie dans la main d'un décédé a donc une signification médico-légale.

Quant aux faits de conservation d'attitudes extraordinaires, ou de l'expression de certains sentiments sur le cadavre, ils s'expliquent par la persistance de la contraction musculaire après la mort, jusqu'à l'invasion de la rigidité cadavérique survenant très rapidement, on ne sait trop pourquoi dans ce cas (Dubois-Reymond). Suivant Hoffmann, on peut expliquer ces attitudes particulières par ce simple fait qu'au moment de la mort, les muscles antagonistes de ceux qui avaient provoqué une position donnée sont également frappés d'impuissance : ils ne peuvent donc changer la position et ramener les organes dans la situation normale. La pesanteur agit seule alors, mais souvent elle n'est pas sollicitée par la position même de l'organe, ou bien elle est annulée par un obstacle quelconque, et la position plus ou moins caractéristique prise au moment de la mort, est conservée jusqu'à l'invasion de la rigidité. Il ne croit pas qu'il existe un seul fait bien authentique démontrant l'apparition de la rigidité cadavérique presque immédiatement après la mort.

F. **État de l'œil.** — L'examen de l'œil, d'après Tourdes, donne « les signes les plus nombreux et les plus sûrs depuis l'instant même du décès jusqu'à une époque avancée de la décomposition ». Les principaux sont :

a. **Affaissement du globe de l'œil.** — Il a une grande valeur, suivant Louis, surtout lorsqu'il coïncide avec l'existence d'un *enduit glaireux de la cornée*; il ne constitue cependant pas un signe infaillible de la mort, car on l'observe quelquefois chez les cholériques avant que la vie soit éteinte; de leur côté Devergie et Orfila l'ont constaté chez des asphyxiés qui ont pu être rappelés à la vie, tandis que Franck au contraire a vu les yeux conserver leur transparence chez une femme morte en couches.

b. **Insensibilité de la conjonctive et de la cornée; perte de l'éclat de l'œil et de la transparence des milieux.** — Le premier signe s'observe aussi dans l'anesthésie incomplète. Quant à la transparence des milieux, elle peut persister une douzaine d'heures après la mort.

c. **Dilatation de la pupille.** — Ce signe, sur lequel Bouchut a insisté particulièrement, et qui apparaît en même

temps que le relâchement de tous les sphincters, est loin d'avoir la valeur qu'il lui attribue. On l'observe dans certaines affections cérébrales ; il peut en outre être produit par la belladone.

d. **Immobilité et déformation de l'iris.** — La dilatation de la pupille disparait au bout de quelques heures ; l'iris, qui était immobile et insensible à l'action de la lumière, se déforme ; cette déformation devient de plus en plus manifeste à mesure que l'œil s'affaisse par l'évaporation de l'humeur aqueuse.

e. **Tache noire de la sclérotique.** — Cette tache, due à un fait d'imbibition cadavérique, signalée par Sommer, puis étudiée par Larcher, apparait sur la sclérotique deux ou trois heures après la mort, au *côté externe* de l'œil ; d'abord jaunâtre, elle se fonce de plus en plus pour devenir bleuâtre ou noirâtre. Une autre tache moins marquée se montre ensuite sur le côté interne ; à une époque plus avancée, ces deux taches se rejoignent pour former un fragment d'ellipse à concavité inférieure.

f. **Décoloration de la rétine.** — Ce phénomène, signalé pour la première fois par Bouchut, est dû à l'arrêt de la circulation. A l'ophthalmoscope, on trouve le fond de l'œil décoloré, blanchâtre ; la papille du nerf optique a disparu ; l'artère centrale et les veines de la rétine sont vides ; enfin la choroïde a pris une coloration grisâtre.

G. **Absence des mouvements respiratoires.** — L'absence de ces mouvements et l'immobilité du thorax, que l'on peut constater soit par la vue, et l'application de la main sur le thorax, soit par l'emploi d'un miroir, d'une bougie devant la bouche, n'est pas un signe certain de la mort, car on l'a observée chez des asphyxiés et des hystériques qui ont pu être rappelés à la vie. L'*auscultation* est souvent difficile à cette période ultime, et la respiration peut être assez affaiblie pour devenir à peine perceptible. Dans ce cas, on pourrait encore entendre les battements du cœur, la respiration s'arrêtant avant la circulation.

H. **Arrêt de la circulation.** — Bouchut attache une grande importance à ce signe, qui, coïncidant avec le relâchement de tous les sphincters et l'affaissement du globe

de l'œil, indique la mort réelle. C'est le seul qu'ait admis comme véritablement exact la Commission nommée par l'Académie, pour examiner le travail de Bouchut en 1849.

« La cessation définitive des mouvements du cœur et de la circulation, disait Rayer au nom de la Commission, est un signe d'autant plus certain, qu'elle entraine immédiatement la cessation de la respiration et des fonctions du système nerveux lorsqu'elle n'en a pas été précédée.

« Il reste à déterminer pendant combien de temps l'absence des battements du cœur peut n'être qu'une simple suspension, au bout de combien de temps cette absence des contractions du cœur doit être, sans crainte d'erreur, regardée comme une cessation définitive; or, dans les agonies qu'on a pu observer *jusqu'à* la mort, le maximum d'intervalle entre les derniers battements a été d'environ sept secondes. La Commission pense donc que l'absence des battements du cœur constatée par l'auscultation, sur tous les points où ils peuvent naturellement ou accidentellement être entendus, et sur chacun *pendant l'intervalle de cinq minutes*, c'est-à-dire pendant un espace de temps cinquante fois plus considérable que celui qui a été fourni par l'observation des bruits du cœur dans le cas d'agonie jusqu'à la mort, ne peut laisser aucun doute sur la cessation définitive de ces battements du cœur et sur la réalité de la mort. »

La Commission recommande de répéter cet examen après une demi-heure, car il peut arriver que les bruits du cœur soient assez faibles pour ne pas être perçus. On a observé en outre des cas dans lesquels la vie était revenue après la suspension des bruits cardiaques pendant une demi-heure, par exemple, chez les enfants nouveau-nés. Quoi qu'il en soit, cet arrêt des battements du cœur peut être considéré comme un des meilleurs signes de la mort.

On a encore proposé d'essayer l'*acupuncture*, et d'enfoncer des aiguilles dans le cœur pour constater l'existence des battements (Middeldorf, Plouviez, Bourgeois).

On a également songé à l'*application* de *ligatures* ou de *ventouses scarifiées*. La ligature faite sur un doigt ou sur un bras détermine, chez le vivant, une coloration plus ou moins vive de la partie située au-dessous de la ligature, phéno-

même qu'on n'observe pas sur le cadavre. La ventouse scarifiée appliquée sur une partie morte ne produit pas, comme sur le vivant, d'écoulement sanguin. Ces deux signes ajoutés à d'autres ont une certaine valeur, mais les battements du cœur peuvent être assez affaiblis pour ne plus influencer la circulation capillaire.

L'arrêt de cette dernière se traduit, immédiatement après la mort, par la décoloration des tissus et la paleur générale de la peau et des muqueuses, et, cinq heures après la mort, par l'apparition des *vergetures* et des *lividités cadavériques*, phénomènes d'hypostases qui deviennent très manifestes au bout de douze heures. Le sang, par l'effet de la pesanteur, abandonne les parties supérieures du corps pour se porter dans le décubitus dorsal, vers les parties déclives, où il produit des colorations rougeâtres, violacées et blanchâtres, de forme irrégulière.

Aussi les observe-t-on sur toute la face postérieure, le dos, les fesses, les mollets. A une époque plus avancée, ces hypostases gagnent les oreilles, les côtes de la poitrine, les côtés des membres (Eugel). Lorsque le cadavre est resté couché sur le ventre, elles se rencontrent à la partie antérieure du corps. Leur situation peut donc donner quelques indications sur la position du décédé pendant et aussitôt après la mort (Casper). Elles se distinguent facilement des ecchymoses; il suffit de faire une incision qui ne donne jamais d'épanchement dans la plaie, lorsqu'il s'agit d'une tache cadavérique; on voit tout au plus quelques petits points sanguins épars provenant de la section des veines de la peau (voir pl. I, fig. 3); une ecchymose, quelque petite qu'elle soit, présente toujours un épanchement de sang, soit liquide, soit en caillot.

Jamais ces hypostases ne soulèvent la peau comme le font les ecchymoses; on les observe sans exception, après tous les genres de mort, même après la mort par hémorrhagie, selon Casper; ce n'est pas l'opinion de Devergie.

On les rencontre également dans les viscères : au *cerveau*, elles siègent ordinairement à la partie postérieure de la tête, par suite du décubitus dorsal (voir pl. 22), et sont plus prononcées dans les cas où il y a en même temps hyperémie

générale de la cavité crânienne, mais on les constate également dans les cas d'anémie cérébrale. Il est très important de ne pas confondre ces phénomènes hypostatiques avec l'hyperémie ou la congestion cérébrale. — Dans les *poumons*, ces hypostases sanguines, plus fréquentes que dans les autres organes, se trouvent à la partie postérieure des poumons; quelquefois elles sont tellement marquées qu'on peut les confondre avec l'apoplexie pulmonaire (Casper). — Dans les *intestins*, elles occupent les parties déclives, et se traduisent par une coloration livide qui peut être prise pour un état pathologique. — Dans les *reins*, à la partie postérieure des organes. — Dans la *moelle épinière*, elles siègent dans les veines de la pie-mère et peuvent faire croire à une méningite, ou à des lésions inflammatoires, surtout dans les cas où le sujet a reçu des coups dans le dos (Casper).

C'est un signe constant, qui peut remonter quatre ou cinq heures après la mort, mais qui peut également se manifester pendant l'agonie.

La distinction entre les ecchymoses et les vergetures, les lividités cadavériques ou autres phénomènes hypostatiques, est facile en général; quelquefois cependant, il faut une certaine attention pour ne pas se tromper, lorsque par exemple, à l'époque de la putréfaction, le sang se liquéfie et imbibe les tissus de la peau d'un sérum rouge qui simule jusqu'à un certain point l'épanchement sanguin; à une période plus avancée de la putréfaction, la confusion est encore plus possible, parce que d'un côté l'imbibition est plus forte, et les tissus ramollis se déchirent facilement; de l'autre, le sang extravasé de l'ecchymose s'est liquéfié et a imbibé tous les tissus à la façon de la lividité. Il y a même des cas où le diagnostic est impossible (Hoffmann). Dans certaines circonstances enfin, l'hypostase simple peut déterminer la rupture des vaisseaux et la formation d'une extravasation sanguine; cette particularité s'observe surtout dans les cas de liquidité anormale du sang ou de friabilité des tissus à la suite de dégénérescence graisseuse (septicémie, alcoolisme chronique, empoisonnement par le phosphore, etc.).

Ajoutons que la peau, par suite de l'arrêt de la circula-

tion capillaire, se *desséche* et se *parchemine facilement*, et que des frictions avec un corps dur déterminent une empreinte semblable à celle de la suspension. « Ce signe, dit Devergie, est d'autant plus certain qu'il est positif, quand il apparait, et que, toutes les fois qu'on ne peut amener la dessiccation de la peau, on doit douter de la mort ; dès lors, on retarde l'inhumation afin de recommencer l'expérience plus tard. »

La peau se recouvre enfin d'une *sueur froide et visqueuse ;* on voit alors les *parasites*, poux, etc., se répandre sur tout le corps. Laborde fait remarquer encore qu'une aiguille d'acier poli plongée dans les tissus morts ne s'oxyde pas comme dans les tissus vivants, où l'oxydation se produit très rapidement.

L'examen du sang peut donner aussi des indications précieuses : sa *coagulation* s'effectue d'abord quatre à six heures après la mort; il présente ensuite des *modifications histologiques* qui ont été signalées par MM. Feltz et Tourdes. Ce sont : 1° la persistance des globules en piles et de la forme nummulaire pour les premières heures du décès; — 2° la disparition des piles ; la déformation des globules, qui deviennent rugueux, ridés, parsemés à leur face de petits grains blancs fibrineux, après une douzaine d'heures ; — 3° la réunion en masses irrégulières de ces globules altérés, mêlés, fondus, avec quelques globules blancs distincts, après quarante-huit heures et plus ; — 4° l'apparition des bâtonnets, dont la présence constitue une des phases de la destruction qui dure en été et en automne, du cinquième au douzième jour; — 5° la dissolution du liquide en granutions fines, avec des globules de graisse et des cristaux de formes diverses ; à cette période avancée, il est difficile de reconnaitre la structure du sang (Lutaud).

Il résulte des recherches de Gwosdew, Koselanski et Hoffmann que le sang subit encore d'autres modifications : pris sur un cadavre, avec la précaution d'empêcher tout accès de l'air extérieur, il ne donne pas à l'analyse spectrale les bandes de l'oxyhémoglobine, mais seulement la bande unique et large de l'hémoglobine réduite. Les tissus s'emparent de l'oxygène avec une telle rapidité que, quelques instants après que les poumons ont cessé d'apporter

de l'air au sang, le sang veineux ne contient plus que de l'hémoglobine réduite. Cette disparition de l'oxygène du sang ne se produit pas : 1° dans l'asphyxie par l'oxyde de carbone, qui fait subir à l'hémoglobine d'autres transformations chimiques; — 2° dans la mort par inanition et par le froid, qui diminue le pouvoir réducteur des tissus; — 3° enfin dans le cas de pénétration de l'air dans les veines.

Ce manque d'oxyhémoglobine ne s'observe enfin, sur le cadavre, que dans les parties complètement séparées de l'air atmosphérique par des couches de tissus assez épaisses. Le sang des poumons renferme toujours de l'oxygène.

Suivant Hoffmann, cette absorption de l'oxygène par les tissus et ces transformations de l'oxyhémoglobine expliquent certaines particularités des lividités cadavériques : la perméabilité à l'air de l'épiderme, surtout ramolli par l'humidité, est une des causes de la coloration plus claire des lividités cadavériques, à leur bord le plus exposé à l'air, surtout sur les cadavres frais ayant macéré dans l'eau. Elle explique encore la rougeur de ces taches sur les cadavres exposés au froid (à 0° à peu près). Hoffmann a démontré qu'elles n'étaient pas dues au refroidissement, ni à la coagulation du sang, mais à la sueur du cadavre, à l'humidité condensée à la surface du corps, pendant le refroidissement du cadavre; cette humidité imbibe l'épiderme et le rend perméable à l'air atmosphérique. Comme on observe également cette coloration claire des lividités cadavériques dans certains empoisonnements, surtout dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, il est bon d'être prévenu qu'elles peuvent avoir une origine non toxique.

Les cristaux d'hématoïdine qu'on trouve sur le vivant, dans tous les extravasats sanguins, s'observent également dans les épanchements qui se font après la mort, et même à une période très avancée de la putréfaction. Ce caractère, sur lequel on avait cherché à établir une distinction entre les épanchements sanguins pendant la vie et après la mort, n'a donc aucune valeur.

I. **Abaissement de la température.** — Ce phénomène, qui résulte de l'arrêt des fonctions pulmonaires et de la circulation, d'après les expériences de Taylor et Wilk, com-

mence à se manifester immédiatement après la mort : au bout de deux ou trois heures, la température du cadavre descend entre 18 et 34 degrés; — au bout de quatre à six heures, entre 16 et 30 degrés; — après six à huit heures, entre 18 et 26 degrés; — après douze heures, entre 13 et 26 degrés. — L'équilibre avec la température ambiante s'établit au bout de seize à vingt-quatre heures. Quand le thermomètre indique 25 degrés dans l'aisselle, et 28 degrés dans l'anus, la mort est certaine et l'on peut procéder à l'inhumation (Bellini et Filippi). Le refroidissement commence à la face pour envahir successivement les extrémités, les membres et enfin le tronc. Les organes de la cavité abdominale sont ceux qui conservent le plus longtemps leur chaleur. La rapidité avec laquelle se produit l'abaissement de la température dépend, d'après Orfila : 1° du *genre de mort*, ainsi le refroidissement est plus rapide dans les maladies chroniques, les hémorrhagies, l'asphyxie par submersion, que dans les maladies aiguës, l'apoplexie et l'asphyxie par le charbon ; — 2° de l'*obésité*, le refroidissement est en raison inverse du développement de cet état; — 3° de l'*âge*, la perte de chaleur est plus rapide chez le vieillard que chez l'adulte; — 4° de la *quantité de calorique* que le corps contient au moment de la mort; dans certaines affections, le corps est déjà presque froid à la période d'agonie (choléra); — 5° du *milieu* dans lequel le corps est placé.

Quant au *degré de température incompatible avec la vie*, suivant Sivas et Bouchut, on peut considérer la mort comme certaine, quand le thermomètre tombe *graduellement* à 26 ou 27 degrés.

J. **Putréfaction, date de la mort.** — C'est, de tous les signes de la mort, le plus certain et le moins contestable; il en est la caractéristique essentielle (Lacassagne). Il apparait en général du troisième au douzième jour après la mort, et se reconnait aux caractères suivants :

1° *Coloration bleuâtre*, verdâtre ou brunâtre des téguments. — C'est la première manifestation de la putréfaction; elle débute ordinairement par le flanc droit, puis se généralise à l'abdomen, pour gagner successivement le thorax et les autres parties du corps. Cette coloration, d'abord verdâtre,

devient ensuite d'un brun rougeâtre et se produit également chez les nègres et les hommes de couleur. Suivant Deschamps, tant que le corps conserve sa chaleur naturelle, le ventre ne se colore pas ; cette coloration verte coïncide très souvent avec la rigidité cadavérique, et les conditions de son apparition varient suivant la température : ainsi à 0°, les cadavres se conservent pendant douze et quinze jours sans que la coloration abdominale apparaisse ; que le dégel arrive avec une élévation de température de 7 à 8 degrés, souvent en quelques heures le ventre se colore, et le corps dégage une odeur cadavéreuse ; enfin que la température passe subitement de 0 à 20 ou 25 degrés, à la fin de la journée on constatera la couleur caractéristique de la putréfaction. Ajoutons encore que les maladies peuvent favoriser singulièrement l'apparition de cette dernière, et que la putréfaction est très rapide dans les maladies aiguës de l'abdomen.

2° Le *ramollissement* des tissus et le *dégagement* des *gaz* dans les vaisseaux, le tissu cellulaire et les cavités séreuses. — Ces gaz provoquent un boursouflement général de tout le corps, et peuvent défigurer un individu au point de le rendre méconnaissable. Leur accumulation dans les organes creux explique l'expulsion des matières par l'anus et par la bouche, ainsi que le ballonnement de l'abdomen. Ces gaz, développés dans la cavité du cœur et des gros vaisseaux, chassent le sang décomposé dans le système capillaire, et peuvent provoquer dans les muqueuses ou les séreuses des rougeurs, des épanchements séro-sanguinolents, des espèces d'hémorrhagies *post mortem*, qu'il ne faut pas confondre avec des lésions pathologiques ou accidentelles (Devergie).

3° L'*odeur* cadavérique due au développement de ces gaz.

4° La *fonte putride* des parties molles qui succède à la putréfaction gazeuse. Les cavités abdominales et thoraciques se rompent, et laissent échapper une quantité plus ou moins considérable de matières putrides et de gaz ; toutes les parties molles du tronc, de la tête et des membres tombent peu à peu en putrilage et laissent à nu les os et les articulations. Il ne reste plus en dernier lieu qu'une matière grasse, noirâtre, épaisse et luisante, analogue au cambouis,

répandant une odeur *sui generis* qui a quelque chose d'aromatique (Devergie). Cette matière, ainsi que les os, les cheveux, les poils et les dents, qui résistent beaucoup plus longtemps, s'altère cependant à la longue et finit par disparaître.

Nous voyons qu'en résumé les phénomènes de la putréfaction se succèdent dans l'ordre suivant : ramollissement des tissus avec coloration verdâtre de plus en plus foncée ; développement de gaz putrides, et enfin fonte putride, plus ou moins retardée par la saponification, et suivie par la disparition complète du cadavre.

Avant la production définitive de la fonte putride et du cambouis, terme ultime de la décomposition de l'organisme, les tissus peuvent subir une autre modification, à laquelle on a donné le nom de *saponification*. Les organes se transforment en *gras de cadavre* ou *adipocire*, substance savonneuse, d'un blanc pâle, jaunâtre ou brun plus ou moins foncé, d'une odeur peu désagréable, molle et onctueuse au toucher, insoluble et donnant par la chaleur une odeur ammoniacale. C'est un véritable savon d'ammoniaque (Chevreul). Pour que la saponification puisse se produire, il faut qu'il y ait en même temps des matières grasses et des matières azotées ; les premières fournissent les acides gras (oléique, margarique) qui se combinent avec l'ammoniaque des secondes, pour former des composés alcalins, de véritables savons (Gay-Lussac, Orfila, Chevreul).

La saponification commence par les muscles et leurs aponévroses, pour envahir ensuite toutes les parties internes et externes du corps. Les organes saponifiés deviennent une masse informe dans laquelle on ne peut plus reconnaître le type original. Casper n'a jamais vu un cadavre *complètement* saponifié.

Suivant Devergie, « la saponification est très prompte : 1° chez les sujets très jeunes ; — 2° chez ceux qui sont très gras ; — 3° dans l'eau des fosses d'aisances ; — 4° un peu moins prompte dans l'eau stagnante que dans l'eau courante ; — 5° facile dans les terrains gras et humides, très rare dans les terrains secs ; — 6° d'autant plus prompte que les cadavres sont plus amoncelés les uns avec les autres, et, dans

ce cas, ceux qui sont le plus profondément situés sont plus tôt saponifiés. Les différences dans la durée du temps nécessaire pour amener la saponification, suivant ces circonstances, sont très grandes. Un enfant nouveau-né peut être presque entièrement saponifié en six semaines ou deux mois, dans l'eau d'une fosse d'aisances. Il faut un an environ pour obtenir la transformation en gras de la totalité d'un noyé, et trois ans à peu près dans la terre pour arriver à ce résultat. »

Ajoutons enfin que la saponification *partielle* du cadavre n'empêche pas la formation du cambouis résultant de la fonte putride des organes; lorsqu'elle attaque le corps tout entier, l'adipocire persiste, se dessèche peu à peu, se réduit en une substance analogue, par l'aspect et la consistance, à de l'amadou ou à du vieux bois pourri (Devergie).

Date de la mort. — La détermination de l'époque approximative de la mort se déduit de l'ensemble des phénomènes que nous venons d'étudier, et de l'examen des différentes phases de la putréfaction.

Lacassagne admet deux périodes bien distinctes : la mort *récente*, qui s'étend du moment où cesse la vie jusqu'à l'apparition des premiers symptômes de la putréfaction, et la *mort ancienne*, qui commence au début de la putréfaction jusqu'à la disparition des produits de la fonte putride.

La première a une durée très courte, puisque la putréfaction apparait en été vers le deuxième jour en moyenne, et en hiver vers le huitième jour (Lacassagne).

La connaissance des signes de la mort réelle, et l'époque de leur apparition permettent, dans la plupart des cas, de préciser à quelques heures près la date exacte de la mort. Ainsi, lorsque le cadavre d'un individu qui a succombé à une mort violente conserve encore quelque chaleur, on peut affirmer que la vie a cessé depuis quelques heures seulement (vingt-quatre heures au plus). — Si la raideur cadavérique existe, la mort ne date que de un, deux ou trois jours; s'il n'y a ni chaleur, ni rigidité, ni commencement de putréfaction, elle remonte à trois, quatre ou cinq jours. Il faut naturellement, dans cette appréciation, tenir compte des conditions de température, des genres de mort et de la constitution du sujet.

Quant à la seconde période sa durée toujours assez longue est très variable (quelques mois à quelques années), et, si l'on examine plusieurs cadavres dont le décès remonte à la même époque, on en trouvera qui seront déjà réduits en squelettes, tandis que d'autres sont encore entiers et commenceront à peine à se décomposer (Orfila).

Il faut en effet tenir compte de certaines causes qui peuvent modifier plus ou moins les conditions de la putréfaction. Ces causes, extrêmement nombreuses, peuvent être comprises sous trois chefs : 1° les influences atmosphériques, — 2° les influences du milieu, — 3° les conditions individuelles, normales ou morbides.

a. **Influences atmosphériques** — Le contact de l'*air* a une influence bien connue sur la putréfaction ; tout ce qui empêche ou favorise son action active ou retarde les phénomènes putrides. Ainsi les pendus pourrissent plus vite que les cadavres enterrés, et les premiers se putréfient plus vite quand ils sont nus que lorsqu'ils sont recouverts de vêtements plus ou moins imperméables. — L'*humidité* est également nécessaire à la putréfaction, et les organes se décomposent d'autant plus vite qu'ils contiennent plus d'eau.

La *chaleur* a une action encore plus évidente : une température trop basse ou trop élevée (100°), en empêchant le développement des ferments putrides, arrête la décomposition des tissus. C'est ainsi que dans la neige, dans les glaces, les corps se conservent intacts pendant des années ; dans les pays chauds, en Arabie, en Perse, dans le Sahara, les corps enfouis dans les sables brûlants ne se décomposent pas, mais subissent une transformation particulière : ils se *momifient;* la peau devient sèche et dure comme du parchemin, d'une couleur brune rouillée et d'une odeur analogue à celle du vieux fromage. Les organes internes se transforment en une masse brune, sèche comme de l'amadou, qui se réduit facilement en poussière.

La température la plus favorable à la putréfaction est de 18 à 35° centigrades. Aussi la décomposition est-elle plus rapide en été qu'en hiver, où elle peut être retardée pendant huit à dix jours.

PHÉNOMÈNES DE LA PUTRÉFACTION DES CORPS INHUMÉS

PREMIÈRE PÉRIODE	DEUXIÈME PÉRIODE	TROISIÈME PÉRIODE	QUATRIÈME PÉRIODE	CINQUIÈME PÉRIODE
»	Le cadavre est recouvert d'une matière d'un aspect graisseux, jaune rougeâtre ou brun, ou d'une mucosité gluante, ou d'un enduit sec analogue à la croûte de fromage desséchée.	»	Les parties molles ne consistent plus qu'en débris filamenteux qui maintiennent seulement les os dans leurs rapports.	»
Les *ongles* se ramollissent et se soulèvent.	Les ongles sont tombés ou très ramollis.			
L'*épiderme* se ramollit et se détache. Dans quelques parties, il se plisse, s'épaissit : il blanchit aux pieds. Souvent il se forme des vésicules remplies d'une sérosité verdâtre. La *peau* prend une teinte rosée, puis verdâtre, puis bleuâtre, ou jaune sale, tout en conservant la résistance de son tissu.	La peau, jaunâtre, recouverte de granulations, comme sablonneuses, formées de phosphates calcaires, est décollée sur certains points. Elle conserve son épaisseur, mais se déchire facilement.	Toute trace d'épiderme a disparu. La peau est desséchée, amincie, jaune fauve, ou jaune orangé, ou brune, recouverte de moisissures ; elle donne un son analogue à celle du carton.	La peau est jaunâtre, desséchée dans les endroits où elle existe encore, excepté en arrière, où elle conserve plus d'humidité et où elle est percée en beaucoup de points par des vers.	L'amincissement de la peau a été porté à un tel point que cette membrane a fini par disparaître.
»	»	»	Les os de la tête sont presque à nu. Le moindre mouvement imprimé à la tête suffit pour la détacher du tronc.	Les os de la tête sont désarticulés et recouverts d'un *magma* de terre et de cheveux, qui, enlevé, laisse voir leur couleur bistre clair, tachetés çà et là de plaques brunes foncées.
Toutes les *parties molles* s'affaissent. Les humeurs de l'œil deviennent de couleur bistre.	Les parties molles du front, du nez, des paupières, des lèvres sont amincies et presque détachées.	Les parties molles de la face sont détruites.	»	»

PHÉNOMÈNES DE LA PUTRÉFACTION DES CORPS INHUMÉS (*suite*).

PREMIÈRE PÉRIODE	DEUXIÈME PÉRIODE	TROISIÈME PÉRIODE	QUATRIÈME PÉRIODE	CINQUIÈME PÉRIODE
Le *thorax* conserve son aspect.	Les côtes commencent à se séparer de leurs cartilages; le sternum est déprimé et se rapproche de la colonne vertébrale.	Les côtes sont décharnées. Le sternum et ses cartilages sont détachés des côtes. Les espaces intercostaux sont à jour.	Le sternum, séparé des côtes, est dans la poitrine ou dans l'abdomen, laissant antérieurement une large ouverture.	La cage du thorax est détruite, les côtes sont détachées et tombées les unes sur les autres.
L'*abdomen* devient vert ou jaune marbré de vert, ou ocracé.	Les parois abdominales, affaissées, sont très rapprochées de la colonne vertébrale et disposées à s'amincir et à se dessécher.	Les parois abdominales, appliquées contre la colonne vertébrale, laissent une excavation profonde entre l'appendice typhoïde et le pubis.	Les débris des parois abdominales de couleur bistre, olivâtre ou noirâtre, tiennent encore aux dernières côtes, au pubis et à la partie postérieure des crêtes iliaques.	L'abdomen n'est plus qu'une matière noire et humide, ayant le luisant du cambouis, adhérente aux os du rachis et ayant à peine un pouce d'épaisseur : c'est le reste de toutes les parties molles.
Les *membres* prennent les mêmes couleurs que l'abdomen, les parties des membres supérieurs appuyées sur le thorax ou sur l'abdomen conservent plus longtemps leur couleur.	Les membres sont plus ou moins déformés.	Les membres sont dépouillés de leurs parties molles. Ce qu'il en reste a quelquefois l'aspect du bois pourri.	»	»
Les *muscles* se ramollissent, perdent l'intensité de leur couleur, ou prennent une teinte verte, comme aux parois abdominales.	Les muscles des orbites sont saponifiés; ailleurs, ils sont verdâtres. Humectés d'un liquide séro-sanguinolent, ils ressemblent dans certains points à une gelée.	Les muscles prennent une couleur plus ou moins brune et noirâtre, et sont réduits à un très petit volume; quelquefois, ils sont en partie saponifiés.	Les muscles sont transformés en masses alvéolaires brunes, noirâtres, et en feuillets membraneux grisâtres et jaune brun dans lesquels les fibres ne peuvent plus être distingués.	Les muscles, les ligaments, les tendons, se sont amincis à tel point qu'ils finissent par disparaître.
Le *tissu cellulaire* semble se dessécher en avant; il devient de plus en plus humide sur les côtés du tronc; et, dans les parties les plus dé-	Le tissu cellulaire sous-cutané est saponifié chez les sujets gras; incisé, il a un aspect poreux, dépendant d'un commencement de dessicca-	»	Le tissu cellulaire est saponifié dans les endroits où il contient de la graisse, ailleurs il est ou détruit ou desséché.	»

PHÉNOMÈNES DE LA PUTRÉFACTION DES CORPS INHUMES (*suite*).

PREMIÈRE PÉRIODE	DEUXIÈME PÉRIODE	TROISIÈME PÉRIODE	QUATRIÈME PÉRIODE	CINQUIÈME PÉRIODE
clives, il est rempli d'un liquide rosé, à la surface duquel on aperçoit les bulles huileuses.	tion, et de ce que ses vacuoles étaient auparavant distendues par des gaz, des vides.			
»	Les *aponévroses* et les tendons prennent une teinte bleuâtre; les cartilages et les téguments jaunissent et se ramollissent.		Les *ligaments* ont presque entièrement disparu.	Les os des membres sont nus, séparés et détachés les uns des autres.
Le *cerveau* commence à prendre une teinte grisâtre et à se ramollir.	Le cerveau diminue de volume, se ramollit extérieurement et prend une teinte gris verdâtre.	Le cerveau, diminué de volume, a un aspect de terre glaise.	Le cerveau, réduit au dixième ou au douzième de son volume, n'est plus qu'une masse semblable à une terre argileuse.	Le cerveau est un des organes dont il reste le plus longtemps des traces.
Les *poumons* deviennent emphysémateux et remplissent le thorax.	Les poumons, affaissés et diminués de volume, sont de couleur ardoisée et se déchirent facilement.	Les poumons ont l'apparence de deux membranes collées le long de la colonne vertébrale ; leur situation seule les fait connaître.	Les poumons ne se reconnaissent plus que par la place qu'ils occupent.	Les restes des poumons ont disparu, ainsi que ceux du foie et de la rate.
Le *cœur* se ramollit; sa surface interne a une couleur noirâtre, d'autant plus foncée que ses cavités contiennent plus de sang. Les parois des vaisseaux sont plus ou moins rouges ou brunâtres, surtout intérieurement.	Le cœur est plus aplati et plus mince.	»	»	»
La *langue*, le *pharynx*, l'*œsophage* se ramollissent et prennent intérieurement une teinte verdâtre.	Le *diaphragme* se conserve plus longtemps.	Le diaphragme est desséché, olivâtre, en partie détruit dans les portions musculeuses.	»	»

PREMIÈRE PÉRIODE	DEUXIÈME PÉRIODE	TROISIÈME PÉRIODE	QUATRIÈME PÉRIODE	CINQUIÈME PÉRIODE
L'*estomac*, selon le genre de mort, conserve sa couleur naturelle ou se colore, en rose ou en rouge, soit uniformément, soit par places; d'autres fois, il présente des taches brunes, vertes, ardoisées, et son tissu se ramollit. Son volume peut être doublé par des gaz putrides, ou au contraire sensiblement diminué.	L'estomac, considérablement ramolli, est très blanchâtre, parsemé de taches bleuâtres.	L'estomac n'est plus qu'un petit cylindre creusé d'une cavité.	L'estomac n'est plus qu'une masse feuilletée, desséchée.	L'estomac n'est plus qu'une matière noire, humide, ayant le luisant du cambouis, confondue avec le reste des viscères.
Il en est de même des *intestins* et surtout de l'*iléon;* le duodénum et le jéjunum conservent plus longtemps leur état naturel.	Les intestins sont réduits à un petit volume et collés les uns aux autres; leur surface libre commence à se dessécher.	Les intestins éprouvent successivement les mêmes altérations que l'estomac et se détruisent comme lui.	»	»
Le *foie* et la *rate* se ramollissent et brunissent, ou deviennent verdâtres. La *vessie* a le même aspect que les intestins.	Le foie présente à sa surface des granulations comme sablonneuses de phosphate calcaire. La rate est réduite en bouillie noirâtre.	Le foie est réduit en une masse aplatie de 2 centimètres d'épaisseur, brune noirâtre, légèrement desséchée, qui se sépare en feuillets, entre lesquels il y a une matière bitumineuse.	»	»
Les *organes de la génération* sont ramollis, mais conservent encore leurs formes.	Les corps caverneux s'affaissent; le scrotum, d'abord distendu par des gaz, se dessèche.	Le scrotum est desséché, la verge est aplatie et semblable à une peau d'anguille; les testicules diminués de volume, ont une couleur vineuse.	On ne trouve à la place du scrotum et des testicules qu'une matière molle, brunâtre, humide, et quelques lambeaux membraneux, visqueux et noirâtres.	Les organes génitaux sont réduits en une masse feuilletée noirâtre, sur laquelle sont placés les poils, mais sans aucun indice du sexe.

Suivant Devergie, l'atmosphère la plus favorable au développement de la putréfaction doit avoir une température de 18 à 25°, contenir de l'azote, de l'oxygène et de l'acide carbonique dans les proportions de l'air, une somme d'électricité très grande et une quantité considérable de vapeur d'eau.

b. **Influence des milieux.** Ces milieux peuvent être l'air, la terre, l'eau, les fosses d'aisances ou le fumier.

Ce que nous avons dit à propos des phénomènes de la putréfaction en général s'applique surtout à la putréfaction à l'*air libre*; nous n'y reviendrons pas. Nous ajouterons que, dans les conditions d'exposition à l'air, elle est plus active que dans les autres milieux, et d'autant plus rapide que l'air est plus humide et plus chaud.

La **putréfaction dans la terre** a été surtout étudiée par Orfila, Lesueur et Devergie. D'après Orfila, la marche de la putréfaction varie suivant : 1° La *profondeur de la fosse* et la *nature du terrain*; quand la fosse est profonde et le terrain compact, la putréfaction est retardée; elle est au contraire accélérée, lorsque le cadavre est enterré à la surface de la terre ou enfoncé dans du fumier. Dans les terrains sablonneux, secs ou qui contiennent de la chaux, la décomposition est plus lente que dans les terrains argileux ou ceux qui contiennent des matières végétales, et qui restent toujours plus ou moins chauds et humides. La rapidité de la putréfaction dans la terre dépend surtout de la perméabilité du sol à l'air; à ce point de vue, Feck donne les indications suivantes : la perméabilité du gravier sec, exempt d'argile, étant 100, celle du sable complètement séché est 35,16; du gravier sec argileux, 34,50; du sable séché à l'air,27,47; du gravier argileux saturé d'humidité, 22,20; du sable saturé d'humidité, 18,13. — 2° L'*âge*, la *constitution* de l'individu, le *sexe*, l'état de *maigreur* ou d'*obésité*, le *genre* et la *durée* de la *maladie*, la *ponte* de *certains insectes* à la surface du corps. — 3° L'*état nu* ou *enveloppé* du cadavre; dans le premier cas, la putréfaction est plus rapide que si le corps est enveloppé dans des vêtemens, dans un drap ou dans une bière. — 4° La nature de la *bière*. Les bières simples de chêne, de pierre, de plomb, enfin les bières multiples

emboitées les unes dans les autres conservent les cadavres plus longtemps. — 5° Au point de vue de la rapidité de la décomposition, Orfila a constaté que l'épiderme et la peau se détruisent très vite; les tendons, les poils, les cheveux résistent longtemps; les poumons, le cerveau, l'utérus se décomposent assez lentement, les os plus lentement encore : ils peuvent durer des siècles; il en est de même de l'émail des dents, qui est presque indestructible.

D'après Bellini et Filippi, la marche chronologique de la décomposition suivie par les organes est la suivante : la trachée et le larynx se putréfient les premiers; puis l'estomac, les intestins, la rate, les épiploons et les mésentères; puis le foie, moins la vésicule biliaire, le cerveau, le cœur, les poumons, les reins, la vessie, l'œsophage, le pancréas, le diaphragme; enfin les vaisseaux artériels et plus spécialement l'aorte, dont les tissus résistent si longtemps que, quatorze mois après la mort, Devergie a pu vérifier une blessure très grave qui avait causé la mort d'un individu. L'utérus est l'organe qui se putréfie le dernier.

Voir le tableau que Briand et Chaudé ont dressé des différentes phases de la putréfaction dans la terre, d'après les recherches d'Orfila et de Devergie (pages 280, 281, 282 et 283).

Il est bon de faire remarquer que, si ces cinq périodes sont assez nettement tranchées pour qu'on puisse les différencier, il est impossible actuellement de fixer la durée de chacune d'elles.

Bellini et A. Filippi divisent les phases de la putréfaction en quatre périodes :

1re *période* (un à sept jours). — Taches verdâtres dans les régions inguino-crurales. Taches rougeâtres par hypostase sanguine dans les parties inclinées du cadavre. Rigidité cadavérique. Odeur de moisi particulière. Développement de gaz dans la cavité entérique. Formation d'ampoules cadavériques sous l'épiderme, contenant des liquides séro-sanguinolents et des gaz.

2e *période* (deuxième et troisième septénaires, vingt et unième jour). — Production abondante de gaz dans le sang, dans le tissu cellulaire, dans les viscères et les cavités sé-

reuses. Déformation du cadavre. Les larves et les insectes fourmillent aux ouvertures naturelles du corps.

3° *période* (quatrième au huitième septénaire, cinquantesixième jour). — Destruction rapide des tissus; les os se découvrent. Si le cadavre est resté sous l'eau ou exposé à une grande humidité, alors a lieu le phénomène de la saponification.

4° *période* (en moyenne cinq ans). — Période de destruction, pendant laquelle le corps se réduit en une sorte de terreau gras, noirâtre, onctueux, velouté, d'une odeur particulière : transformation qui exige environ cinq ans pour s'accomplir.

La **putréfaction dans l'eau,** qui a été bien étudiée par Devergie, donne lieu aux phénomènes suivants : 1° la *putréfaction en vert*, qui commence par la peau du sternum et celle de la face vers le troisième jour en été, vers le douzième ou le quinzième en hiver. — 2° Le *développement des gaz* dans les organes creux et les tissus; il se produit en été du quatrième au sixième jour; en hiver, il n'est complet qu'au bout de un mois et demi ou deux mois. Il en résulte une sorte d'insufflation des noyés, qui surnagent alors à la surface de l'eau. — 3° La *putréfaction en brun* apparaît au bout de dix à douze jours en été, de un mois en hiver. Elle suit la même marche que la putréfaction verte, mais est en général arrêtée par la saponification. — 4° La *réduction en putrilage* qui se montre du deuxième au troisième mois; les parties qui tombent en putrilage sont entraînées par l'eau, ce qui explique la disparition des parties molles qui couvrent la face, la poitrine, etc. — 5° La *saponification*, qui commence vers le troisième ou quatrième mois, arrête la fonte putride. Les parties saponifiées augmentent de volume, les organes extérieurs perdent leurs fluides, se dessèchent et deviennent plus petits. — 6° La *dessiccation* a envahi tous les organes, sauf le tissu musculaire ambiant. — 7° Apparition de *corrosions* sur la peau saponifiée, corrosions très prononcées surtout à quatre mois et demi. — 8° *Incrustations*, le savon ammoniacal se transforme en savon calcaire; la peau devient alors très solide et sonore à la percussion. — 9° *Destruction de toutes les parties*,

même de celles qui étaient saponifiées; les os, dépouillés, se disjoignent, se perdent dans la rivière et tombent en poussière ou s'incrustent de sels calcaires.

Les parties recouvertes de vêtements ou d'enveloppes résistantes (bottes, corsets, etc.) se putréfient moins vite. Suivant Devergie, la putréfaction est d'autant plus rapide que l'eau est plus stagnante ou la température plus élevée. La saison a également une influence facile à comprendre, et l'on constate quelquefois, entre l'été et l'hiver, un mois en plus ou en moins de différence dans le développement d'une même période de la putréfaction; ajoutons enfin qu'en été les cadavres se saponifient très rarement dans les rivières, parce que les gaz se dégagent très vite; et que les corps remontent bientôt à la surface de l'eau.

Voici, d'après Devergie, les caractères propres à déterminer combien de temps un noyé a séjourné dans l'eau, en supposant que la submersion ait eu lieu en hiver :

« 1° *De trois à cinq jours.* — Rigidité cadavérique; refroidissement du corps; pas de contraction musculaire sous l'influence du fluide électrique; l'épiderme des mains commençant à blanchir.

« 2° *De quatre à huit jours.* — Souplesse de toutes les parties; pas de contractions musculaires sous l'influence du fluide électrique; couleur naturelle de la peau; épiderme de la peau des mains très blanc.

« 3° *De huit à douze jours.* — Flaccidité de toutes les parties; épiderme de la face dorsale des mains commençant à blanchir; face ramollie et présentant une teinte blafarde, différente de celle de la peau du reste du corps.

« 4° *Quinze jours environ.* — Face légèrement bouffie, rouge par places; teinte verdâtre de la partie moyenne du sternum; épiderme des mains et des pieds totalement blanc et commençant à se plisser.

« 5° *Un mois environ.* — Face rouge brunâtre, paupières et lèvres vertes; plaque rouge brune, environnée d'une teinte verdâtre, à la partie antérieure de la poitrine; épiderme des pieds et des mains blanc et plissé comme par des cataplasmes.

« 6° *Deux mois environ.* — Face généralement brunâtre,

tuméfiée, cheveux peu adhérents; épiderme des pieds détaché; ongles encore adhérents.

« 7° *Trois mois et demi.* — Destruction d'une partie du cuir chevelu, des paupières, du nez; saponification partielle de la face, de la partie supérieure du cou et des aines; corrosion et destruction de la peau sur diverses parties du corps; épiderme des pieds et des mains complètement enlevé; ongles tombés.

« 8° *Quatre mois et demi.* — Saponification presque totale de la graisse de la face, du cou, des aines et de la partie antérieure des cuisses; commencement d'incrustation calcaire sur les cuisses; commencement de saponification de la partie antérieure du cerveau; état opalin de la plus grande partie de la peau; décollement et destruction de la presque totalité du cuir chevelu; calotte osseuse dénudée, commençant à être très friable. »

Après cette époque, il est impossible de donner des caractères même approximatifs.

En été, la marche des phénomènes est beaucoup plus rapide; il y a entre cette saison et l'hiver une différence de 20 à 22 jours, c'est-à-dire que les 4 premières périodes indiquées ci-dessus se montrent successivement après cinq heures, vingt-quatre heures, quarante-huit heures, quatre jours. Le noyé surnage du 8e au 12e jour.

La **putréfaction dans les fosses d'aisances** se présente surtout dans les cas d'infanticide; suivant Orfila, qui a étudié à fond cette question, elle est moins rapide dans les fosses d'aisances que dans l'eau, parce que les gaz de ces fosses tuent les agents de la putréfaction. Ce milieu est au contraire très favorable au développement de la saponification, qui apparait très rapidement (Devergie).

La **putréfaction dans le fumier** est également très prompte : ainsi, dans une expérience d'Orfila, un corps d'enfant nouveau-né, placé en été dans un fumier dont la température marquait 45°, tombait en morceaux au bout de vingt-quatre heures.

c. **Conditions individuelles, normales ou morbides.** — Ces conditions se rapportent principalement à l'âge, au sexe, à la constitution, au genre et à la cause de la mort.

Age, sexe, constitution. — Les nouveau-nés, les enfants très jeunes, les femmes en général et les sujets pléthoriques ou lymphatiques, se pourrissent plus rapidement que les autres. Les vieillards qui sont en général maigres et secs se putréfient plus lentement que les adultes.

Suivant Casper, ce qui fait que les nouveau-nés se putréfient plus vite, c'est qu'ils sont rarement enterrés dans les mêmes conditions que les adultes; on les expose en effet tout nus après leur naissance, on les jette dans l'eau, le fumier, les fosses d'aisances, tandis que les adultes sont presque toujours enveloppés d'un drap ou de leurs vêtements, qui retardent la putréfaction.

Maladies. — Les affections qui durent quelque temps à l'état aigu, et déterminent une altération plus ou moins profonde du sang (typhus, variole, pyohémie, infection purulente, etc.) accélèrent la marche de la putréfaction. Au contraire, les affections chroniques, qui usent peu à peu l'organisme et réduisent l'individu presque à l'état de squelette, retardent la décomposition organique.

Empoisonnements. — La plupart des poisons, surtout ceux qui altèrent le sang ou abolissent l'irritabilité musculaire, comme les poisons narcotiques, accélèrent la putréfaction. D'autres au contraire la retardent, par exemple l'arsenic, la digitaline, les acides, l'alcool (Tardieu). Casper fait remarquer que les cadavres des individus qui sont morts d'apoplexie en état d'ivresse se conservent longtemps frais.

L'*asphyxie* par la suffocation, la strangulation ou la pendaison retardent la putréfaction. Les individus asphyxiés par la fumée ou l'oxyde de carbone se putréfient rapidement.

Blessures. — Les cadavres très mutilés, soit par des blessures multiples, soit par des contusions violentes, se pourrissent très vite, et en général la putréfaction est plus prononcée et plus précoce dans les organes blessés (Ibraïm Hassan).

DE LA MORT APPARENTE.

Nous avons vu précédemment que la certitude de la mort réelle ne se déduisait pas de l'existence d'un signe unique,

mais d'un ensemble de symptômes dont les principaux sont : l'abaissement de la mâchoire inférieure, les lividités cadavériques, la perte de la sensibilité et des mouvements musculaires, le relâchement des sphincters, l'état de l'œil, les taches de la sclérotique, l'arrêt de la respiration et des battements du cœur, la rigidité cadavérique et la putréfaction. La difficulté du diagnostic vient de ce qu'un certain nombre d'états morbides, désignés vulgairement sous le nom de *léthargie*, peuvent déterminer la cessation apparente de tous les phénomènes de la vie. Suivant Tourdes, ces états morbides sont au nombre de sept, savoir : les affections à forme *asphyxique*, *syncopale*, *hystérique ou nerveuse*, *apoplectique*, *anémique et asthénique*, *toxique et mixte*. « Ces différentes variétés, dit-il, n'ont pas la même fréquence ; la première et la troisième fournissent les cas les plus nombreux ; la syncope et l'anémie viennent après ; les formes toxique et apoplectique sont les plus rares. M. Josat, sur 162 cas relevés avec soin, place au premier rang l'asphyxie ; puis viennent successivement : la syncope, l'hystérie, l'apoplexie, le narcotisme et la commotion cérébrale. Pour la durée, l'hystérie occupe le premier rang, la commotion cérébrale le dernier. »

La *durée* de la mort apparente varie du reste avec la cause ; nous venons de voir qu'elle est courte dans la commotion cérébrale, ajoutons aussi la syncope ; elle est plus longue dans l'asphyxie, et plus encore dans les formes hystériques et la congélation. Dans ce dernier cas, on l'a vue durer plus de quarante-huit heures. Sur 162 observations, M. Josat a constaté que la mort apparente avait duré 7 fois de 36 à 42 heures, 22 fois de 20 à 36 heures, 47 fois de 15 à 20 heures, 58 fois de 8 à 15 heures, 30 fois de 2 à 8 heures. Ajoutons enfin qu'on a pu rappeler à la vie des noyés qui avaient séjourné deux heures dans l'eau.

Quant au temps qu'un individu enterré vivant peut vivre dans sa bière, il a été diversement évalué : 20 à 30 minutes suivant Tourdes, 1/2 heure, 1 heure et plus suivant Hebenstrein et Schneider, 3 heures d'après Roger.

DE LA MORT SUBITE.

Tourdes la définit ainsi : « la cessation soudaine et rapide de la vie, par suite de causes internes ou pathologiques, en dehors de toute action mécanique ou toxique, survenant inopinément chez une personne qui paraissait en bonne santé ou dont l'état de maladie ne faisait pas actuellement prévoir une issue fatale. »

Cette question est très importante, et le médecin doit en connaitre à fond toutes les circonstances, car il peut être requis par un magistrat pour constater si une mort est réelle ou apparente, pour en reconnaitre la cause, déterminer si elle est naturelle ou accidentelle, et dans ce dernier cas, dire si elle est le résultat d'un suicide ou d'un homicide. Il devra rechercher avec soin les antécédents et s'enquérir des faits particuliers à l'accident; mais, dans la grande majorité des cas, il ne pourra se prononcer qu'après l'*autopsie* de l'individu. Cette autopsie, suivant Devergie, doit être pratiquée avec certaines précautions : au lieu d'enlever les organes pour les étudier à part, comme dans les nécropsies ordinaires, il faut les laisser en place, de manière à voir si leurs rapports sont conservés, se rendre compte de la quantité de sang rouge ou noir qu'ils contiennent et surtout éviter de léser les vaisseaux, etc.

Causes. — Suivant la classification proposée par Bichat, et généralement acceptée aujourd'hui, la mort subite peut arriver : par arrêt des fonctions du *poumon*, du *cerveau* et du *cœur*, organes que Bordeu appelait le trépied de la vie.

De la mort subite par arrêt des fonctions respiratoires. — C'est la cause la plus fréquente. Elle peut survenir : 1° par l'arrêt des *phénomènes mécaniques*, à la suite de l'introduction d'un corps étranger dans les voies respiratoires, d'un abcès volumineux ouvert dans les bronches, d'une hémoptysie considérable, d'une compression brusque du thorax et des parois abdominales, qui suspend les mouvements inspiratoires, et produit une suffocation immédiate, de la pénétration des viscères abdominaux dans la cavité thoracique, etc.; — 2° par l'*arrêt des phénomènes chimiques*, dans la congestion

pulmonaire, cause plus fréquente qu'on ne le pense, suivant Devergie, l'apoplexie pulmonaire, l'emphysème vésiculaire (Andral) ou extra-vésiculaire (Legrand du Saulle), la pneumonie, surtout chez les vieillards (Beau, Dechambre), la pleurésie, l'œdème du poumon, la tuberculisation des ganglions bronchiques, enfin les affections purement nerveuses des voies respiratoires, comme l'asthme, le spasme de la glotte, la coqueluche (Du Castel).

Devergie a insisté tout particulièrement sur la congestion pulmonaire, qui dans ce cas présente les caractères suivants : injection très prononcée de toute la muqueuse des voies aériennes depuis les bronches jusqu'au larynx, quelquefois rougeur intense; — mousse écumeuse toujours sanguinolente dans la trachée et les bronches; chez les noyés, elle est blanche au contraire; — arborisations vasculaires très nombreuses à la face extérieure des poumons, qui remplissent toute la cavité du thorax ; — à la coupe, le parenchyme pulmonaire est d'un rouge d'autant plus foncé qu'on arrive vers les parties profondes et déclives ; — les gros vaisseaux veineux sont gorgés d'un sang noir et épais. — Ici, les deux phénomènes capitaux sont l'état de plénitude des vaisseaux du poumon et la coloration vive du parenchyme pulmonaire, c'est de la congestion active, très distincte de la congestion passive, beaucoup moins accentuée, que présente le poumon des noyés.

Le cœur, et surtout le cœur droit, renferme une grande quantité de sang très fluide, de même que les veines-caves et les vaisseaux qui s'y rendent, tandis que l'aorte et ses premières divisions en contiennent très peu (Legrand du Saulle).

De la mort subite par arrêt des fonctions du cerveau. — Contrairement à l'opinion répandue dans le vulgaire, la mort subite par le cerveau (attaque d'apoplexie) est beaucoup moins fréquente que par le poumon ou le cœur. La mort peut arriver : par une lésion du bulbe, de la protubérance, du cervelet, le ramollissement cérébral, des tubercules, des abcès, des kystes, un traumatisme produisant la luxation de la première vertèbre sur la seconde, l'anémie cérébrale, l'hémorrhagie cérébrale, l'hémorrhagie méningée,

la congestion cérébrale. Celle-ci est rare, suivant Legrand du Saulle.

A l'autopsie, on trouvera les lésions propres à chacune de ces affections; nous n'avons pas à les décrire ici; ajoutons seulement que la mort par le cerveau détermine une asphyxie pulmonaire secondaire, et que l'on constatera, du côté des poumons, un engorgement toujours moins considérable que celui qui est produit par la congestion pulmonaire seule; on trouvera également plus de sang dans les cavités droites du cœur que dans les cavités gauches.

De la mort subite par arrêt des fonctions du cœur. — Elle peut être due soit à un trouble *mécanique* ou dynamique de la circulation, soit à une *altération du sang*. Cet arrêt des fonctions du cœur a pour conséquence la cessation des fonctions du cerveau, qui ne reçoit plus de sang, et suspend à son tour les phénomènes mécaniques et chimiques de la respiration.

Les principales causes *mécaniques* sont : les lésions du péricarde, rares du reste, les ruptures du cœur, quelquefois sans causes appréciables, mais qui le plus souvent peuvent être dues à un amincissement avec dilatation, ou bien à une dégénérescence graisseuse des fibres musculaires (Charcot). Suivant Le Piez, la rupture du cœur est une cause relativement fréquente de mort dans la vieillesse; — le ramollissement du cœur, les produits hétéromorphes (tubercules, hydatides) développés dans les parois de l'organe, les lésions valvulaires, surtout l'insuffisance aortique, les altérations des vaisseaux (thrombose et embolie par des débris athéromateux), la dégénérescence (épaississements, indurations, dilatations anévrysmales) des vaisseaux.

Les conditions qui peuvent produire une *altération du sang* capable de déterminer la mort subite sont : la pléthore (très rarement), une perte de sang plus ou moins abondante survenant chez une personne profondément anémiée, l'introduction de l'air dans les veines : dans ce cas, suivant Ollivier (d'Angers), la mort est due au développement d'un fluide gazeux dans le sang, et à son accumulation dans le cœur; enfin l'urémie (Frerichs).

Dans les cas de mort subite par le cœur, le sang est dis-

tribué partout, comme dans les conditions ordinaires, et l'on n'observe de congestions locales ni dans les poumons ni dans le cerveau. Le cœur est généralement plus volumineux qu'à l'état normal, et son poids dépasse toujours la moyenne physiologique (Tourdes).

Les circonstances déterminantes qui peuvent avoir une influence directe sur la fréquence de la mort subite sont : 1° les *saisons :* suivant Devergie, les morts subites sont plus fréquentes en hiver, pendant les mois les plus froids (janvier, février, mars); elles surviennent surtout par les affections pulmonaires; les morts par le cerveau ont lieu plutôt en février et en juillet; celles par le cœur sont également réparties (Lacassagne); — 2° l'*âge :* les morts subites sont plus communes de quarante à cinquante, et de soixante à soixante-dix ans; — 3° le *sexe* a une influence marquée : la mort subite est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme; — 4° comme autres causes accidentelles : l'*intempérance*, le *froid*, les *efforts* de la défécation, de l'accouchement, l'*alcoolisme*, l'*inanition*, un *repas copieux*, une *course rapide*, le *coït*, etc.

De la mort violente

C'est la mort produite par des causes *externes*, dont les principales sont : les *accidents*, les *suicides*, les *homicides* et les *supplices*.

Accidents. — Sur 1000 décès généraux, il y a 19 décès accidentels, soit 1,9 pour 100 par an; on les observe surtout aux deux extrêmes de la vie (vieillards, puis enfants).

Supplices. — On compte en moyenne 20 à 30 décollations par an en France.

Suivant Casper, la mort violente peut avoir lieu de *deux manières* différentes : 1° par *cause mécanique;* le plus ordinairement, dans ce cas, la mort est subite, les causes peuvent être extrêmement variées (écroulement de maison, de murailles, d'échafaudages, écrasement par un engrenage, une roue de voiture, un chemin de fer, etc.); les plaies par armes à feu rentrent dans cette catégorie; — 2° par *causes*

dynamiques, qui se subdivisent elles-mêmes en : a. *mort par neuroparalysie*, où l'on ne trouve aucune lésion sur le corps; l'autopsie est absolument négative, et l'on arrive au diagnostic de ce genre de mort par exclusion de toutes les autres causes ; on l'observe souvent chez les pendus et les noyés. — b. *mort par inflammation*, la mort survient par inflammation d'un organe important (blessures du cerveau, du poumon, du foie, des intestins), empoisonnement par des substances corrosives ou brûlures graves; — c. *mort par hyperémie* résultant d'une stase sanguine dans les principaux viscères, comme le cerveau (apoplexie ou congestion cérébrale), le poumon, le cœur, les gros vaisseaux (asphyxie); — d. *mort par anémie*, dans les cas d'hémorrhagie interne ou externe, dans la mort par inanition et privation de nourriture ; — e. *mort par dysémie* ou intoxication du sang, par exemple dans les empoisonnements par l'arsenic, l'acide prussique, la plupart des alcaloïdes.

Nous verrons plus tard la statistique des suicides et des homicides.

Examen du cadavre. Autopsie. Inhumations.

Lorsqu'un cadavre est trouvé sur la voie publique, le commissaire de police fait appeler un médecin; si celui-ci suppose qu'il y a eu crime ou accident, il procède à un examen détaillé, mais sans faire l'autopsie, et provoque un examen ultérieur. On donne le nom de *levée* du cadavre à cette première opération, qui se fait à l'endroit même où le corps a été trouvé. Quant à l'*autopsie*, qui est ordonnée par le procureur de la République, elle se fait soit à la Morgue, soit au domicile de l'individu. Dans les cas où le corps de ce dernier est dans un état de décomposition avancée, le commissaire de police peut faire procéder immédiatement à l'autopsie.

« La levée du cadavre et l'autopsie sont donc deux opérations toutes différentes. Dans l'une, le médecin n'est autorisé qu'à examiner l'état extérieur du corps et à en tirer telles inductions qu'il jugera convenable; mais il ne

peut, sous aucun prétexte, porter l'instrument tranchant sur une partie quelconque. Dans l'autre au contraire, le corps du délit est mis tout entier à sa disposition. » (Devergie.)

Levée du corps. — L'inspection générale extérieure du cadavre est de la plus grande importance, et Casper insiste tout particulièrement sur ce point. L'expert doit examiner le cadavre froidement, scientifiquement, sans idée préconçue et sans prendre en considération les péripéties du crime. Casper recommande encore de mettre le plus grand ordre dans la description. L'ordre qu'il conseille de suivre est à peu près celui indiqué par Tourdes, et comprend :

1° L'*inspection des localités*, qui peut fournir de précieux renseignements. On notera donc la disposition de l'appartement, la situation des meubles, l'état dans lequel ils se trouvent, les empreintes laissées sur le sol, les traces de lutte, la place des instruments ou des armes qui auraient pu servir à la perpétration du crime.

2° L'*examen des vêtements*, qui peut servir à déterminer l'identité de l'individu : suivant qu'ils sont intacts ou souillés, déchirés, on peut conclure s'il y a eu lutte ou mort instantanée.

3° L'*examen des signes d'identité*, qui se fera sur le corps nu, d'après les indications que nous avons données précédemment (voir p. 32). Souvent cette recherche est inutile ; on devra cependant noter la constitution, la taille, l'embonpoint et la conformation de l'individu ; chez la femme, l'état de l'abdomen, des mamelles, le lait, etc.

La putréfaction gazeuse déforme souvent le corps et surtout le visage, au point de rendre l'individu absolument méconnaissable. Tourdes, dans ce cas, employait des immersions répétées de la tête dans de l'alcool additionné d'alun et de nitrate de potasse. Hoffmann, partant de ce fait que la couleur verte de la putréfaction est soluble dans l'eau, a proposé le procédé suivant : la tête est ouverte comme à l'ordinaire, le cerveau enlevé, et l'on fait quelques incisions profondes dans les régions pariétales et occipitales ; puis on la met dans l'eau de fontaine froide et courante ; au bout de vingt-quatre heures, la couleur verte a complètement ou presque complètement disparu, et la tuméfaction emphysémateuse est beaucoup moindre. On replace la calotte osseuse et on fixe

les téguments par-dessus; la tête est alors plongée dans une dissolution alcoolique concentrée de sublimé, dans laquelle après douze à vingt heures se perd le reste de la coloration verte et de l'emphysème; la face reprend ses formes naturelles; seulement la peau a une teinte gris blanc due à l'action du sublimé.

4° L'*état extérieur du cadavre*, son attitude, l'expression de l'ensemble du corps et du visage, qui peut indiquer dans quelle circonstance la mort est survenue, si l'individu dormait, s'il y a eu lutte ou s'il cherchait à fuir.

Les particularités que présente le cadavre seront décrites successivement : les yeux, leur grandeur ou leur petitesse et la coloration de l'iris, leur position régulière ou leur strabisme; la conformation des paupières; le nez, la bouche et les lèvres; les dents, noter s'il y en a de cariées, de déviées ou d'absentes, etc.; les cheveux, leur coloration, leur longueur, etc.; les oreilles, la conformation du lobe du pavillon, etc.; les avant-bras, les mains, les tatouages, etc.

5° La *constatation des signes de la mort* et les traces de *putréfaction*, pour déterminer la date probable de la cessation de la vie. Le médecin décrira minutieusement le météorisme, les colorations et surtout les lividités cadavériques.

6° Les *traces de violence*, les plaies, les contusions, les empreintes parcheminées, les régions suspectes ou cachées, le cou, les orifices des cavités, le sang qui s'écoule par les narines ou par le conduit auditif, la déchirure de la membrane du tympan, etc. L'anus devra toujours être exploré ainsi que le vagin; le médecin ne devra jamais négliger d'examiner cette région.

7° Les *indices de maladie* générale ou locale : éruptions, hémorrhagies, déjections diverses, hernies, etc.

« Pour toutes ces recherches, dit Tourdes, l'ordre anatomique sera suivi de haut en bas, aux faces antérieure, postérieure et latérales du cadavre. Les diverses régions seront palpées, percutées; on fera mouvoir les membres, mais sans porter l'instrument tranchant sur aucun point. »

Cet examen terminé, le médecin fait son rapport, et, s'il y a lieu, on procède à la seconde partie de l'autopsie juridique, c'est-à-dire à l'ouverture du corps.

Ouverture du corps. — En France, l'autopsie est généralement faite dans un moment inopportun, c'est-à-dire : 1° lorsque la putréfaction est déjà avancée; — 2° lorsque l'autopsie du cadavre a déjà été faite par un autre médecin; — 3° lorsque le cadavre a été enterré et est exhumé. Tourdes lui donne le nom d'*autopsie tardive*.

Suivant Casper, ces autopsies devraient être faites peu de temps après la mort, avant que la putréfaction soit assez avancée pour rendre difficile un examen approfondi; le délai de vingt-quatre heures est généralement conservé pour les autopsies médico-légales, mais il peut être abrégé quand la putréfaction marche rapidement.

L'ouverture du corps doit être faite sur la réquisition du juge d'instruction, dans les cas ordinaires; — du procureur de la République ou des officiers de police judiciaire, dans les cas de flagrant délit (Legrand du Saulle). Quant à l'expert, suivant Devergie, il doit se conformer aux règles suivantes :

1° Il ne devra jamais procéder à une autopsie s'il n'a reçu mission d'un magistrat ou d'un de ses délégués.

2° Toutes les ouvertures judiciaires doivent être faites en présence d'un magistrat ou de l'un de ses délégués. Cette condition n'est plus aujourd'hui obligatoire.

3° Il doit, avant toute chose, prêter serment entre les mains du magistrat de procéder à ses recherches, et de faire son rapport en honneur et conscience.

Le choix du médecin est laissé en général au magistrat, qui peut prendre le médecin traitant; en Prusse, on permet seulement à ce dernier d'assister à l'ouverture du cadavre; en Autriche, sa présence n'est même pas admise.

Manuel opératoire. — En Allemagne, l'expert est obligé sous peine d'être puni, de se conformer à des instructions très précises qui le dirigent dans tous les points de l'opération. La législation allemande s'occupe même très longuement de tous les détails de l'autopsie. En France, on laisse toute latitude au médecin compétent, mais il est obligé moralement de s'astreindre à certaines règles, et de faire l'autopsie méthodiquement et avec ménagement, de manière à permettre, s'il y a lieu, une contre expertise.

Cette autopsie devra toujours être complète, c'est-à-dire, comprendre l'ouverture et l'examen des trois grandes cavités, la tête, le thorax et l'abdomen.

On choisira autant que possible pour cette opération un local spacieux, aéré, bien éclairé, et on se munira des instruments et des objets dont on peut avoir besoin : substances désinfectantes (chlorure de chaux, permanganate de potasse, acide phénique), vases pour recueillir les viscères, scalpels, couteaux, érignes, sondes, aiguilles, stylets, scie, marteau, etc. Ces précautions sont particulièrement utiles, lorsqu'on est obligé de pratiquer l'autopsie dans un local improvisé, car on trouve généralement tous les instruments dans les lieux spécialement affectés aux autopsies judiciaires.

Le corps une fois placé sur la table de dissection, on doit, en général, commencer par ouvrir la cavité où l'on suppose devoir trouver la cause de la mort : ainsi la poitrine dans les cas d'asphyxie, l'abdomen dans les cas d'empoisonnement, ou la région qui est le siège d'une blessure grave. Hors ces cas où il y a des raisons particulières pour examiner telle région avant telle autre, on suivra l'ordre suivant, que recommande Tourdes, et l'on examinera successivement : le crâne, la face, la bouche et le pharynx, le cou, le thorax, l'abdomen, les parties génitales, le rachis, la partie postérieure du tronc et l'anus, enfin les membres supérieurs et inférieurs. On jette d'abord un coup d'œil d'ensemble sur les organes dans leurs rapports naturels, puis on les examine chacun en particulier; on note leur couleur, leur consistance, leur volume, en un mot tous les signes extérieurs; on ouvre ensuite les organes creux, pour noter l'état de leur surface interne et de leur contenu; enfin on incise les organes parenchymateux pour se rendre compte de l'état de leurs différentes parties.

Crâne. — Après avoir coupé les cheveux, on peut : faire une incision circulaire et enlever la calotte ainsi limitée; c'est le procédé employé pour l'autopsie des nouveau-nés; — ou bien faire deux incisions se coupant en croix sur le sommet du crâne, l'une antéro-postérieure, s'étendant de la racine du nez à la protubérance occipitale, l'autre trans-

versale, allant de la racine de l'oreille d'un côté à l'autre. On dissèque et on renverse ensuite les lambeaux, et l'on voit s'il existe des infiltrations ou un épanchement. On détache ensuite le péricrâne, et l'on cherche s'il n'existe pas de fracture ou de fêlure. Puis on procède à l'ouverture du crâne, en employant toujours la scie et non le marteau, qui peut déterminer soit des lésions de l'encéphale, soit des fractures qu'il serait difficile de distinguer des lésions produites pendant la vie. La section sera pratiquée dans la partie du crâne opposée à celle où siège une lésion quelconque. La calotte osseuse enlevée et examinée avec soin, on constatera l'état des méninges et du cerveau, sans enlever celui-ci et sans oublier l'examen des sinus veineux; puis on incise la dure-mère de chaque côté du sillon longitudinal supérieur jusqu'au niveau de la tente du cervelet; on fait sur chacun des fragments une incision perpendiculaire qui permet de rabattre les lambeaux, et l'on met ainsi le cerveau à nu; on coupe ensuite la grande faux du cerveau, au niveau de l'apophyse crista-galli et on la renverse en arrière.

L'encéphale mis à nu peut être examiné sur place, soit à l'aide de coupes horizontales allant de la convexité à la base, soit séparé de la boîte osseuse, après avoir sectionné les nerfs qui traversent la base du crâne et la moelle épinière au-dessous du bulbe. Après l'examen détaillé de la masse encéphalique (consistance, coloration, degré de vascularisation, etc.), on notera la quantité de sang écoulé pendant l'opération, et les particularités que peut présenter la base du crâne dépouillée de la dure-mère. On se gardera surtout de confondre avec des phénomènes de congestion ou d'inflammation, l'hypostase sanguine qu'on observe vers les parties déclives des enveloppes du cerveau, et due au décubitus, à la position du cadavre (Voir pl. 22).

Face, cou, larynx et pharynx. — On fait : 1° une première incision verticale allant de la partie moyenne de la lèvre inférieure à la fourchette du sternum; — 2° une seconde incision horizontale qui part, de chaque côté, de l'extrémité inférieure de la première, longe le bord supérieur de la clavicule et se termine à l'extrémité externe de cet os; — 3° une troisième incision qui va de la commissure

des lèvres à l'orifice du conduit auditif externe. On a ainsi deux lambeaux de forme quadrilatère. Après avoir scié l'os maxillaire à sa partie moyenne, et incisé les muscles qui s'y insèrent, on renverse les deux lambeaux en dehors, et l'on met à nu la cavité buccale, la langue et le pharynx ; pour voir la trachée et le larynx, il suffit ensuite de détacher les muscles du cou.

Thorax. — Pour mettre à nu les organes thoraciques, on fait de chaque côté une incision qui, partant de l'union du tiers interne avec les deux tiers externes de la clavicule, se dirige obliquement en bas et en dehors jusqu'à l'extrémité antérieure de la quatrième fausse côte ; on enlève le lambeau de peau ainsi limité, puis on scie les clavicules et les côtes, suivant les mêmes lignes, et on renverse le plastron qui recouvre les poumons et le cœur.

On examine alors les organes sans les déplacer. Pour le cœur, on incise le péricarde en notant la quantité de liquide qu'il contient, puis on fait sur le ventricule droit une incision en V qui permet d'enlever un lambeau triangulaire, et d'examiner la cavité ventriculaire sans toucher l'orifice ni la valvule auriculo-ventriculaire; on ouvre l'oreillette droite par une incision courbe allant de l'orifice de la veine-cave supérieure à celui de la veine-cave inférieure, de manière à ménager la cloison inter-auriculaire. Pour le ventricule gauche, on détache également un lambeau triangulaire par une incision en V, et l'oreillette gauche est ouverte par une incision passant entre les veines pulmonaires. On note la quantité de sang qui s'écoule, sa couleur, sa consistance et les autres particularités qu'on observe, puis on extrait le cœur, en le prenant par la pointe et en incisant les gros vaisseaux. On le pèse, on le mesure, en indiquant son état de rigidité ou de flaccidité, on incise ensuite l'artère pulmonaire, l'aorte et ses branches, puis la trachée et les bronches; les poumons ainsi dégagés sont examinés d'abord en place, puis extraits de la cavité thoracique, pour être soumis à une étude plus complète. On notera aussi tout spécialement les concrétions sanguines que peut présenter le cœur, et on ne confondra pas celles qui se forment pendant l'agonie avec celles qui se produisent *post mortem*.

Abdomen. — On incise les parois abdominales dans toute leur circonférence inférieure, suivant une ligne qui va de la crête de l'os des iles et de l'épine iliaque antérieure et supérieure d'un côté à celle du côté opposé, en passant au-dessus de l'arcade crurale et du pubis. Ce procédé, qui donne ainsi un lambeau qu'on rabat en haut, permet de ménager le diaphragme et les muscles abdominaux, et d'éviter toute communication entre les deux cavités thoracique et abdominale. Après avoir examiné l'état du péritoine, et toute la surface des viscères, on incise le grand épiploon, ce qui permet d'étudier en place : l'estomac, le gros et le petit intestin, le foie, la rate, les reins et les gros vaisseaux. On applique une double ligature au-dessus du cardia, au-dessous du pylore et au-dessous de la partie inférieure du duodénum. On sectionne et on enlève ces différentes portions du tube digestif pour les examiner s'il y a lieu. Puis on examine l'intestin grêle, le côlon, l'S iliaque et le rectum, en appliquant toujours de doubles ligatures entre chaque partie.

Organes génito-urinaires. — On peut opérer de deux façons : 1° sectionner le pubis sur la ligne médiane, et inciser sur les côtés l'articulation sacro-iliaque, ce qui permet d'écarter les deux branches du pubis et d'explorer la cavité pelvienne ; — 2° scier de chaque côté les branches horizontales et descendantes du pubis, de manière à renverser la symphyse en avant. Ce procédé est généralement plus facile. On examine ensuite les parties génitales externes (pénis, testicules, scrotum, vagin, hymen, vulve), puis les organes génitaux internes (utérus, ovaires, etc.), les traces d'accouchement récent, les lésions résultant d'un avortement criminel, enfin les spermatozoaires présentant encore des mouvements. Suivant Hoffmann, on ne connait pas le minimum de leur durée, mais on a pu constater ces mouvements 80 à 100 heures après la mort. Cette donnée peut avoir une certaine valeur pour fixer l'époque de la cessation de la vie.

Rachis. — Le cadavre est retourné sur le dos, avec un corps dur et rond sous le ventre pour faire saillir la région dorsale : on fait deux incisions profondes dans toute l'épaisseur des muscles longeant de chaque côté les apophyses

épineuses, depuis la protubérance occipitale jusqu'à la deuxième vertèbre lombaire. Après avoir enlevé les masses musculaires, à l'aide d'une scie ou du rachitome, on sectionne toute la partie postérieure de la colonne vertébrale, qu'on enlève de bas en haut à l'aide d'une pince ou d'un crochet; on coupe les nerfs, les rameaux de la queue de cheval, puis on extrait la moelle. On note l'état des vaisseaux de la dure-mère, la quantité du liquide céphalo-rachidien, puis l'état apparent de la moelle, sa consistance, son aspect, etc.

Membres. — L'autopsie se termine par l'examen des membres supérieurs et inférieurs. Pour juger de l'état des fractures, des contusions ou des épanchements dont ils peuvent être le siège, on fait des incisions plus ou moins profondes, et l'on dissèque non seulement le foyer ou le siège de la lésion, mais les régions environnantes.

Précautions consécutives à l'ouverture du corps. — L'autopsie terminée, on doit prendre certaines précautions que Renard a résumées dans les propositions suivantes :

« 1° On rassemble toutes les parties examinées, on les remet dans leur situation première, on fait coudre à grands points toutes les incisions, on nettoie le corps, et on l'enveloppe dans un grand drap que l'on fait coudre, et qui est ensuite scellé par le commissaire de l'autorité judiciaire; on le dépose dans le cercueil.

« 2° C'est à tort que, dans le dessein d'absorber les liquides épanchés, on remplit les cavités splanchniques de son, de sciure de bois, de cendres, de chaux vive, etc., car ces poudres changent tellement l'aspect des parties, que l'on aura beaucoup de peine à retrouver ce qu'on aurait annoncé dans un premier rapport, si l'on était obligé de faire de nouvelles recherches sur le cadavre.

« 3° On doit éviter autant que possible d'emporter un viscère ou toute autre partie du cadàvre, et, si l'on y était forcé, il faudrait en faire mention dans le procès-verbal.

« 4° La partie ainsi détachée sera enfermée dans un bocal bien bouché et scellé, dont on ne confiera le transport qu'à des personnes sûres; sans cela, la pièce pourrait disparaître ou être changée.

« 5° Les parties que l'on croirait pouvoir conserver doivent être placées dans des conditions convenables. »

Des exhumations légales.

Les circonstances dans lesquelles elles peuvent être pratiquées sont les suivantes : une famille demande l'exhumation d'un de ses membres pour le faire enterrer ailleurs ; — la justice fait exhumer un corps pour rechercher les traces d'un crime ; — ou bien pour cause de salubrité publique ; l'autorité administrative ordonne des exhumations générales lorsqu'il s'agit de supprimer un cimetière ; dans ce cas, l'autorité administrative a le droit d'ordonner les exhumations sans recourir au procureur de la République (arrêt du 30 octobre 1862). Dans les autres cas, ces exhumations ne peuvent avoir lieu qu'en vertu d'une ordonnance de ce dernier ou d'un juge d'instruction.

Le *moment le plus opportun*, le plus favorable pour procéder à une exhumation administrative (suppression d'un cimetière, déplacement d'un caveau, d'un cadavre, etc.), est celui où les gaz de la putréfaction ont disparu en grande partie, c'est-à-dire dix ans environ après l'inhumation, et l'on choisira de préférence la saison froide. — Si au contraire il s'agit d'une exhumation judiciaire destinée à des recherches médico-légales, il faut la faire le plus tôt possible. Cette dernière intéresse seule le médecin légiste.

L'utilité de cette sorte d'opération est incontestable, car, même sur un cadavre en putréfaction, on peut retrouver des lésions faites pendant la vie : soit sur les organes résistants (luxations, fractures, action de corps étrangers, balle, etc.) ; — soit sur des parties molles (plaies par armes à feu, ruptures viscérales, etc.) ; — enfin, dans les cas d'empoisonnement, on a pu retrouver les traces du poison quelques semaines, quelques mois et même plusieurs années après la mort (Tardieu, Orfila). L'exhumation peut en outre, au point de vue de l'identité, fournir des indications précieuses par l'examen du système osseux.

Quant aux dangers qu'elle peut présenter, ils ont été

singulièrement exagérés (Tardieu, Orfila); ils n'existent réellement qu'au début de la putréfaction, à la période de dégagement des gaz; cette période passée, il n'y a plus rien à craindre, surtout si l'on prend les précautions hygiéniques nécessaires.

Le médecin commis pour procéder à une exhumation devra préalablement prêter serment, et n'opérer qu'en présence du procureur de la République, de l'un de ses délégués ou d'un officier de police judiciaire. L'exhumation sera faite de préférence le matin, de très bonne heure, surtout en été; le médecin aura à sa disposition un nombre suffisant de fossoyeurs, et se munira de substances désinfectantes, comme le chlorure de chaux. S'il s'agit d'un cadavre placé dans un caveau, on commencera par renouveler l'air, soit à l'aide d'une pompe aspirante (Guérard), soit à l'aide d'un foyer de combustion placé près de l'ouverture. — Si le corps est tout simplement enterré, on fera enlever la terre couche par couche, avec précaution, en évitant de briser la bière; si l'on ne connaît pas exactement l'endroit où est inhumé le cadavre, on ouvrira une tranchée à 3 ou 4 mètres de l'endroit supposé, et l'on arrivera peu à peu au point voulu. Si la terre enlevée est imprégnée de gaz putrides, on l'arrosera avec la solution de chlorure de chaux; mais on ne doit jamais en répandre sur le corps lui-même, car il se formerait du sous-carbonate de chaux qui couvrirait les organes d'une couche blanche capable d'altérer les tissus ou de gêner l'examen (Orfila). Le corps enlevé, on procède immédiatement à l'autopsie, en suivant les règles précédemment indiquées.

Si l'on ne trouve que des débris de cadavre, on doit indiquer la position de chacun d'eux, ainsi que celle des objets que contient la fosse.

S'il n'y a que des ossements, on décrit de même leur position générale, puis on les recueille, en employant le tamis pour avoir les petits os, les ongles, les dents ou les débris du cuir chevelu.

Lorsqu'il est nécessaire d'emporter une partie du corps ou du squelette, soit comme pièce de conviction, soit pour l'examiner, on la fixe sur un support à l'aide d'une ficelle,

en apposant sur le nœud le sceau de l'autorité judiciaire.

Lorsqu'il s'agit d'une exhumation avec présomption d'empoisonnement, voici, suivant Georges Bergeron et Louis Lhote, les précautions qu'on doit prendre pour éviter les erreurs dues au mélange de la terre avec les viscères :

1° On doit faire amener, au dehors et en plein air, sur des tréteaux solides, la bière qu'on a enlevée de la fosse ou du caveau ; l'ouvrir avec précaution, dans les cas où les vis seraient pourries ou auraient disparu, écarter le linceul et les matières aromatiques, et mettre dans un *premier bocal* les débris du linceul, de la sciure et des mixtures, et dans un paquet séparé et scellé, une certaine quantité de la terre du cimetière.

2° Noter avec soin l'état extérieur du cadavre plus ou moins décomposé, ouvrir les cavités de la poitrine et du ventre, détacher avec précaution l'estomac et les intestins, sans pratiquer la ligature, ouvrir et examiner attentivement l'estomac et les intestins, après les avoir étalés sur des plaques de verre sur lesquelles il ne doit y avoir ni terre, ni sable, ni autre matière étrangère.

3° Mettre dans un *second bocal* l'estomac, les intestins, les deux reins, la rate ; rechercher avec soin les débris d'objets métalliques qui pourraient se trouver sur le cadavre (épingles, médailles, grains de chapelet, etc.), les mettre dans un paquet séparé et scellé. Mettre dans un *troisième bocal*, le foie, le cœur, le cerveau.

4° Pendant toute la durée de l'opération, on devra s'abstenir de jeter sur le cadavre ni poudre de chlorure de chaux, ni liquides désinfectants.

5° *On ne doit mettre dans les bocaux que les organes, sans mélange d'alcool ou de liquide conservateur.* Il ne faut pas que la masse des organes remplisse tout le bocal, car la putréfaction, en augmentant leur volume, pourrait amener l'issue des matières.

6° Le mode de fermeture le plus simple consiste à se servir de deux morceaux de baudruche ou de vessie de porc mouillée ; avec l'un, on enveloppe le bouchon avant de fermer le bocal ; avec l'autre, on recouvre ensuite le goulot bouché ; la fermeture est ainsi presque hermétique.

Ces précautions minutieuses ont une importance dont on ne peut se rendre compte que par la pratique. Bergeron et Lhote rapportent un cas où de la terre et du sable (silice et silicate d'alumine) mêlés aux organes avaient fait croire à un empoisonnement par l'alun.

DE L'ABSENCE ET DE LA SURVIE.

DE L'ABSENCE. — **Législation.** — **Code civil.** Liv. I, titre IV. Art. 115. — Lorsqu'une personne aura cessé de paraître au lieu de son domicile ou de sa résidence, et que depuis quatre ans on n'aura point eu de ses nouvelles, les parties intéressées pourront se pourvoir devant le tribunal de première instance, afin que l'absence soit déclarée.

Art. 139. — L'époux absent dont le conjoint a contracté une nouvelle union sera seul recevable à attaquer ce mariage par lui-même ou par son fondé de pouvoir, muni de la preuve de son existence.

D'après la législation française, un individu absent est considéré comme mort lorsqu'il s'est écoulé cent ans depuis le jour de sa naissance.

DE LA SURVIE. — **Législation.** — Art. 720. — Si plusieurs personnes respectivement appelées à la succession l'une de l'autre périssent dans un même évènement, sans qu'on puisse reconnaître laquelle est décédée la première, la présomption de survie est déterminée par les circonstances du fait et, à leur défaut, par la force de l'âge ou du sexe.

Art. 721. — Si ceux qui ont péri ensemble avaient moins de quinze ans, le plus âgé sera présumé avoir survécu. S'ils étaient tous au-dessus de soixante ans, le moins âgé sera présumé avoir survécu. Si les uns avaient moins de quinze ans et les autres plus de soixante, les premiers seront présumés avoir survécu.

Art. 722. — Si ceux qui ont péri ensemble avaient quinze ans accomplis et moins de soixante, le mâle est toujours présumé avoir survécu, lorsqu'il y a égalité d'âge, ou si la différence qui existe n'excède pas une année. S'ils étaient du même sexe, la présomption de survie, qui donne ouverture à la succession dans l'ordre de la nature, doit être suivie : ainsi le plus jeune est présumé avoir survécu au plus âgé.

Loi du 20 prairial an IV. — Lorsque des ascendants, des descendants et autres personnes qui se succèdent de droit, auront été condamnés au dernier supplice, et que, mis à mort dans la même exécution, il devient impossible de constater leur prédécès, le plus jeune des condamnés sera présumé avoir survécu.

D'après Fodéré, on entend par *survie* la puissance qu'on suppose à telle personne d'avoir survécu à d'autres dans un accident commun, d'après l'échelle des circonstances probables et des forces vitales.

Cette question de survie est soulevée lorsque deux ou plusieurs personnes, appelées à se succéder, viennent à périr ensemble dans le même accident ; il est important, au point de vue de la succession, de savoir qui a succombé la première, car celle qui est morte la dernière hérite de celle qui a succombé la première et transmet à ses propres héritiers la succession de celle-ci, ainsi que la sienne propre.

Le moment exact du décès peut se déduire de l'existence d'un certain nombre de preuves, qui sont : la vérification matérielle, — le témoignage des personnes qui ont assisté à l'accident, — les circonstances qui l'ont précédé, suivi ou accompagné.

a. **Vérification matérielle.** — C'est ici que devient nécessaire l'intervention du médecin, qui seul pourra, d'après l'inspection des corps et l'examen des blessures, déterminer lequel est mort le premier. Dans certains cas, le diagnostic est facile : ainsi, à la suite d'un effondrement de maison, on trouve un des cadavres très abîmé, à moitié écrasé, tandis que l'autre ne présente aucune trace de violence ; il est évident que le premier a dû succomber avant le second qui est mort de suffocation. Dans un autre exemple, cité par Casper, on suppose un combat livré entre trois individus qui sont tués tous les trois : A. a reçu un coup de sabre sur la tête ; — B. un coup de baïonnette dans le cœur ; — C. une balle qui a effleuré et déchiré la veine jugulaire. Dans ce cas, B. est évidemment mort le premier ; C. a dû succomber le second à une hémorrhagie qui a duré quelque temps ; enfin A. a dû résister plus longtemps et mourir le dernier.

Dans d'autres circonstances, au contraire, il est matériellement impossible de déterminer la priorité des décès ; mais, même dans ces cas-là, le médecin doit être consulté et faire son expertise, pour déclarer au moins que cette impossibilité existe.

b. **Témoignages.** — Les personnes qui ont assisté à l'accident peuvent affirmer que tel individu était déjà mort, lorsque l'autre vivait encore et luttait contre les flots, dans le cas de naufrage par exemple.

c. **Circonstances du fait.** — Elles peuvent donner des indications logiques, naturelles sur la marche de l'événement : ainsi, lorsque dans une inondation on trouve des cadavres à des étages différents d'une maison, il est facile de préciser qui est mort le premier; — si toute une famille a été assassinée, il est naturel d'admettre que les enfants sont morts les derniers, parce que les assassins, dans leur propre intérêt, ont dû commencer par tuer les plus forts, c'est-à-dire le père et la mère (Legrand du Saulle).

Ces trois genres de preuves peuvent faire complètement défaut; il faut alors recourir à l'application des articles 720, 721 et 722, *mais dans ce cas-là seulement.*

La loi s'appuie alors sur certaines présomptions fondées sur l'âge et sur le sexe, et divise la vie humaine en 3 périodes: 1° la *période de faiblesse,* qui commence à la naissance et finit à 15 ans révolus: les forces vont en croissant; le plus âgé est présumé avoir résisté le plus longtemps et avoir survécu; — 2° la *période de force,* qui s'étend de 15 à 60 ans: on suit ici l'ordre de la nature, qui veut que les plus âgés meurent les premiers ; le plus jeune est donc présumé avoir survécu; si les deux co-mourants sont de sexe différent, l'homme étant physiquement plus fort, sera présumé avoir survécu, en admettant qu'ils soient du même âge ou que la différence n'excède pas une année; — 3° la *seconde période de faiblesse,* de 60 ans révolus à la mort: les forces vont en s'épuisant, et le plus jeune est réputé avoir survécu, sans tenir compte de la question de sexe.

Lorsque l'un des co-mourants a moins de 15 ans et l'autre plus de 60 ans, c'est-à-dire quand l'un n'a pas atteint et l'autre a dépassé la période de force, le premier est présumé avoir survécu. Enfin, si les deux co-mourants sont jumeaux, celui qui a survécu est le plus âgé (le premier né), s'ils sont morts pendant la première période de la vie, c'est-à-dire avant 15 ans ; le plus jeune au contraire (le der-

nier né), s'ils sont morts dans la seconde ou troisième période (Legrand du Saulle).

Ajoutons enfin que les parties intéressées doivent avoir succombé dans le *même événement*, et que la loi n'est pas applicable quand le décès a eu lieu le même jour, mais dans deux accidents différents, sans qu'on puisse savoir lequel a précédé l'autre : par exemple, deux individus, le père et le fils, meurent dans la même nuit, sans témoin; le premier de la rupture d'un anévrysme, le second d'une phthisie pulmonaire dont il était atteint depuis longtemps. Ce n'est pas le cas d'appliquer les articles 720, 721, 722 (Briand et Chaudé).

Dans un événement qui eut un grand retentissement en 1870, Tardieu fut appelé à donner son avis : il s'agissait d'un accident dans lequel un coup de vague, sur les côtes du Finistère, avait enlevé une mère âgée de 30 ans et sa fille âgée de 9 ans. Tardieu démontra que, d'après l'état des corps, la mère, avant d'être enlevée par la vague, avait eu le crâne fracassé contre un rocher, tandis que l'enfant n'offrait aucune trace de violence ; elle avait succombé uniquement à la submersion et en conséquence devait être morte après sa mère.

La question de survie peut encore se présenter pendant l'accouchement, et le problème à résoudre est celui-ci : lorsque, dans le travail de l'accouchement, la mère et l'enfant ont succombé, lequel des deux est supposé avoir survécu? La solution est fort importante, car, dans le cas où il n'y a pas d'autre enfant, si l'enfant a survécu, il hérite de sa mère et transmet la succession à son père; si au contraire il a succombé le premier, les biens de la mère retournent à la famille. S'il est *impossible d'avoir des renseignements sur les circonstances de l'accouchement*, on se basera sur les présomptions de l'âge, et, en vertu de l'article 721, l'enfant sera toujours censé avoir succombé le premier, à moins du cas extraordinaire où la mère aurait plus de 60 ans (Briand et Chaudé). Lorsqu'on a des renseignements sur les circonstances de l'accouchement, on se basera sur l'examen attentif de ces circonstances. Suivant Legrand du Saulle, le médecin devra s'enquérir : 1° si la mère a

senti les mouvements de son enfant jusqu'à une époque très voisine de l'accouchement; — 2° si le fœtus porte des traces qui indiquent qu'il soit mort dans le sein de la mère; — 3° s'il offre des indices d'un état anémique, exsangue, coïncidant avec des traces d'une hémorrhagie utérine; — 4° si au contraire il présente des phénomènes d'asphyxie des nouveau-nés; — 5° s'il a respiré; — 6° si le cordon était entortillé autour du cou; — 7° si la délivrance a été effectuée; — 8° si la sortie de l'enfant a été immédiatement complète ou incomplète; — 9° à quel genre de mort la mère a succombé, ainsi que l'enfant.

DES ATTENTATS CONTRE LA PERSONNE

(Attentats contre la santé et la vie).

DES COUPS ET DES BLESSURES. — HOMICIDE.

HOMICIDE QUALIFIÉ MEURTRE OU ASSASSINAT. — **Législation.** — *Code pénal.* Art. 295. — L'homicide commis *volontairement* est qualifié meurtre.

Art. 296. — Tout meurtre commis avec préméditation ou guet-apens est qualifié *assassinat.*

Art. 302. — Tout coupable d'assassinat sera puni de mort.

Art. 303. — Seront punis comme coupables d'assassinat tous malfaiteurs, quelle que soit leur dénomination, qui, pour l'exécution de leurs crimes, emploient des tortures ou commettent des actes de barbarie.

Art. 304. — Le meurtre emportera la peine de mort lorsqu'il aura précédé, accompagné ou suivi un autre crime. — Le meurtre emportera également la peine de mort lorsqu'il aura eu pour objet soit de préparer, faciliter ou exécuter un délit, soit de favoriser la fuite ou d'assurer l'impunité des auteurs ou complices de ce délit. — En tout autre cas, le meurtre est puni des travaux forcés à perpétuité.

COUPS ET BLESSURES VOLONTAIRES NON QUALIFIÉS MEURTRES. — *Code pénal.* Art. 309. — Tout individu qui *volontairement* aura fait des blessures, ou porté des coups, ou commis toute autre violence ou voie de fait, s'il est résulté de ces sortes de violences une maladie ou incapacité de travail personnel pendant plus de vingt jours, sera puni

d'un emprisonnement de deux ans à cinq ans, et d'une amende de 16 à 2000 francs. Il pourra, en outre, être privé des droits mentionnés à l'article 42 du Code pénal, pendant cinq ans au moins et dix ans au plus, à compter du jour où il aura subi sa peine. — Quand les violences ci-dessus exprimées auront été suivies de mutilation, amputation ou privation de l'usage d'un membre, cécité, perte d'un œil ou autres infirmités permanentes, le coupable sera puni de la réclusion. — Si les coups portés ou les blessures faites volontairement, mais sans intention de donner la mort, l'ont pourtant occasionnée, le coupable sera puni de la peine des travaux forcés à temps.

Art. 310. — Lorsqu'il y aura eu préméditation ou guet-apens, la peine sera, si la mort s'en est suivie, celle des travaux forcés à perpétuité; si les violences ont été suivies de mutilation, amputation ou privation de l'usage d'un membre, cécité, perte d'un œil ou autres infirmités permanentes, la peine sera celle des travaux forcés à temps.

Art. 311. — Lorsque les blessures ou les coups, ou autres violences et voies de fait, n'auront occasionné aucune maladie ou incapacité de travail personnel de l'espèce mentionnée en l'article 309, le coupable sera puni d'un emprisonnement de six jours à deux ans et d'une amende de 16 à 200 francs, ou de l'une de ces deux peines seulement. S'il y a eu préméditation ou guet-apens, l'emprisonnement sera de deux ans à cinq ans, et l'amende de 50 à 300 francs.

HOMICIDE, COUPS ET BLESSURES INVOLONTAIRES. — *Code pénal.* Art. 319. — Quiconque, par maladresse, imprudence, inattention, négligence, inobservation des règlements, aura commis involontairement un homicide, ou en aura été involontairement la cause, sera puni d'un emprisonnement de trois mois à deux ans, et d'une amende de 50 à 600 francs.

Art. 320. — S'il n'est résulté du défaut d'adresse ou de précaution que des blessures ou coups, l'emprisonnement sera de six jours à deux mois, et l'amende de 16 à 100 francs.

CRIMES EXCUSABLES. *Code pénal.* — Art. 321. — Le meurtre, ainsi que les blessures et les coups, sont excusables, s'ils ont été provoqués par des coups ou violences graves envers les personnes.

Art. 322. — Les crimes et délits mentionnés au précédent article sont également excusables s'ils ont été commis en repoussant pendant le jour l'escalade ou l'effraction des clôtures, murs ou entrée d'une maison ou d'un appartement habité ou de leurs dépendances.

Art. 323. — Le parricide n'est jamais excusable.

Art. 324. — Le meurtre commis par l'époux sur l'épouse, ou par celle-ci sur son époux, n'est pas excusable si la vie de l'époux ou de l'épouse qui a commis le meurtre n'a pas été mise en péril dans le moment même où le meurtre a eu lieu. Néanmoins, dans le cas d'adultère prévu par l'article 336, le meurtre commis par l'époux sur l'épouse, ainsi que sur le complice, à l'instant où il les surprend en flagrant délit dans la maison conjugale, est excusable.

Art. 325. — Le crime de castration, s'il a été immédiatement provoqué par un outrage violent à la pudeur, sera considéré comme meurtre ou blessures excusables.

Art. 326. — Lorsque le fait d'excuse sera prouvé : s'il s'agit d'un crime emportant la peine de mort ou celle des travaux forcés à perpétuité, ou celle de la déportation, la peine sera réduite à un emprisonnement de un à cinq ans. — S'il s'agit de tout autre crime, elle sera réduite à un emprisonnement de un à cinq ans. — Dans les deux premiers cas, les coupables pourront, de plus, être mis par l'arrêt ou le jugement sous la surveillance de la haute police, pendant cinq ans au moins et dix ans au plus.

Art. 327. — Il n'y a ni crime ni délit, lorsque l'homicide, les blessures et les coups étaient ordonnés par la loi et commandés par l'autorité légitime.

Art. 328. — Il n'y a ni crime ni délit lorsque l'homicide, les blessures et les coups étaient commandés par la nécessité actuelle de la légitime défense de soi-même ou d'autrui.

VIOLENCES EXERCÉES SUR DES MAGISTRATS OU FONCTIONNAIRES PUBLICS. — *Code pénal.* Art. 228. — Tout individu qui, même sans armes et sans qu'il en soit résulté de blessures, aura *frappé* un *magistrat* dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de cet exercice, ou commis toute autre violence ou voie de fait envers lui dans les mêmes circonstances, sera puni d'un emprisonnement de deux à cinq ans.

Art. 230. — Les violences ou voies de fait de l'espèce exprimée en l'article 228, dirigées contre un officier ministériel ou agent de la force publique, ou un citoyen chargé d'un ministère de service public, seront punies d'un emprisonnement d'un mois au moins et de trois ans au plus, et d'une amende de 16 à 500 francs.

Art. 231. — Si les violences exercées contre les fonctionnaires ou agents désignés aux articles 228 et 230 ont été la cause d'effusion de sang, blessures ou maladies, la peine sera la réclusion; si la mort s'en est suivie dans les quarante jours, le coupable sera puni des travaux forcés à perpétuité.

Art. 233. — Si les coups ont été portés ou les blessures faites à un des agents désignés aux articles 228 et 230, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions avec intention de donner la mort, le coupable sera puni de mort.

ACTION CIVILE. — RÉPARATION DES DOMMAGES. — Nous avons cité précédemment les articles du Code relatifs à cette question.

Des différentes espèces de blessures.

La législation, qui s'occupe longuement des *coups* et des *blessures*, ne définit pas ce qu'on entend par ces mots : « Par l'expression générique de blessures, on doit entendre toute lésion, quelque légère qu'elle soit, ayant pour résultat d'intéresser le corps ou la santé d'un individu. » (Arrêt du tribunal de Lyon, 8 et 15 décembre 1859.) Dans son acception chirurgicale, le mot *blessure* comprend toute lésion de continuité, produite spontanément ou à la suite d'une violence extérieure ; en médecine légale, il a un sens beaucoup plus étendu : « il s'applique à toute lésion locale avec ou sans solution de continuité, produite instantanément par l'action d'une violence extérieure, soit que la cause vulnérante ait été dirigée contre le corps, soit que le corps ait été poussé contre la cause vulnérante, ou même que cette dernière n'ait agit que par contre-coup. » (Briand et Chaudé.)

Ce qui a surtout préoccupé le législateur, au point de vue de la pénalité, c'est la question de savoir quelles peuvent être les conséquences de la blessure, la durée de la maladie, l'incapacité du travail qu'elle entraine, enfin la gravité des mutilations ou des infirmités qu'elle peut laisser après elle.

A ce point de vue, on a divisé les blessures en blessures *légères*, *graves* et *mortelles*. La première classe (*blessures légères*) comprend celles qui n'entrainent pas une maladie ou une incapacité de travail de plus de vingt jours ; — la seconde classe (*blessures graves*), celles qui entrainent une incapacité de plus de vingt jours ; — la troisième classe (*blessures mortelles*), celles qui peuvent avoir la mort pour conséquence, après une maladie plus ou moins longue.

Briand et Chaudé subdivisent la deuxième classe en deux genres : 1° les blessures *complétement curables*, qui ne laissent après la guérison aucune infirmité ni aucun trouble fonctionnel ; — 2° les blessures *incomplétement curables* qui ont pour conséquence une infirmité ou un dérangement quelconque des fonctions, que cette infirmité soit permanente ou temporaire.

On comprend l'importance de l'expertise médico-légale, pour la solution de ces diverses questions ; aussi, suivant Tardieu, est-ce uniquement à ce point de vue que devrait se placer le médecin légiste ; en conséquence, il rejette la classification des blessures d'après leur *nature* et leur *siége*, comme sacrifiant trop la médecine légale à la chirurgie pure.

Avant d'aborder la question de la conduite de l'expert dans l'appréciation médico-légale des blessures, nous allons examiner rapidement les différentes lésions qui peuvent donner lieu à une action judiciaire, désignées sous le nom générique de blessures. Nous étudierons successivement : la commotion, les contusions et les ecchymoses, les luxations, les fractures, les plaies, les brûlures, les cicatrices et les particularités que peuvent présenter certaines blessures suivant la région.

1° **De la commotion.** — La commotion est le résultat de l'ébranlement communiqué à un organe par suite d'un coup, d'une chute ou d'un choc, sur une partie du corps plus ou moins éloignée de cet organe. Cette commotion, quelquefois suivie de mort quand elle intéresse des organes importants, comme le cerveau, la moelle ou le foie, peut ne laisser aucune trace ou seulement des lésions absolument insignifiantes. Dans ce cas, le mécanisme de la mort n'est pas facile à expliquer, et Savory a invoqué l'épuisement temporaire ou permanent de la sensibilité nerveuse, résultant d'une dépense violente, soudaine et excessive. Quoi qu'il en soit de la théorie, cet accident n'est pas rare; on l'a observé à la suite d'un coup violent appliqué sur le creux épigastrique, dans les catastrophes de chemins de fer, consécutivement à une chute d'un lieu élevé, enfin dans certains cas de fracture ou de luxation (Gosselin). Dans quelques circonstances, on constatera sur le cadavre des blessures nombreuses, il est vrai, mais dont pas une n'a pu causer la mort; le médecin légiste doit, dans ces conditions, spécifier qu'aucune des lésions n'a été mortelle, mais que toutes ensemble ont pu déterminer la mort par syncope ou par épuisement. Ajoutons enfin que, dans d'autres circonstances, la commotion a pu produire des lésions superfi-

cielles qui ont disparu, en laissant après elles des troubles plus graves qui peuvent persister, tels que des paralysies, des troubles intellectuels, de l'aphasie, l'affaiblissement ou la perte de la mémoire, etc. Comme ces troubles fonctionnels peuvent être simulés ou exagérés, lorsqu'il s'agit de questions de dommages-intérêts, le médecin légiste doit être sur ses gardes et examiner le malade de très près.

2° **Des contusions, ecchymoses et épanchements sanguins.** — La **contusion** est une blessure produite par l'action d'un corps dur et mousse, sans perte de substance ni solution de continuité à la peau. Elle peut, suivant l'intensité de la violence extérieure, présenter tous les degrés, depuis la *simple rougeur*, sans aucune tuméfaction, jusqu'à l'écrasement des tissus avec épanchement sanguin sous-cutané plus ou moins abondant. Dans ce dernier cas, il peut y avoir contusion avec *ecchymose*, c'est-à-dire infiltration de sang dans le tissu cellulaire sous-cutané ; ou contusion avec *épanchement*, lorsque le sang forme un foyer plus ou moins circonscrit.

L'**ecchymose** présente des caractères différents, suivant qu'elle résulte d'une contusion *superficielle*, ou d'une contusion des tissus *profonds* ou *sous-aponévrotiques*. Dans le premier cas, elle apparaît dès les premières heures de l'accident, mais pas immédiatement après, et va en s'étendant pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures : d'abord d'une teinte bleue, noirâtre ou d'un rouge livide, cette tache devient successivement violette, verdâtre, jaune, jaune citron et enfin blanche, en conservant toujours une teinte plus foncée au centre qu'à la périphérie. Dans les cas légers, elle disparaît en huit à dix jours; d'autres fois, il faudra quinze, vingt, vingt-cinq jours.

Il y a là, en dehors de la quantité de sang épanché, une question d'âge : ainsi, chez les enfants dont le pouvoir d'absorption est très énergique, les ecchymoses disparaissent plus rapidement que chez les adultes et surtout chez les vieillards.

Dans le cas de contusion des tissus *sous-aponévrotiques*, la tache ecchymotique n'apparaît que vers le quatrième ou cinquième jour; elle présente d'emblée une coloration jaune,

due à ce fait que le sang épanché n'arrive à la surface du corps qu'après s'être transformé dans l'épaisseur des tissus; enfin elle ne se montre pas au siège même de la contusion, mais en des points plus ou moins éloignés, suivant la disposition anatomique de la région et la facilité avec laquelle le sang a pu s'infiltrer dans telle ou telle direction. Ainsi, dans une contusion profonde de l'épaule, on trouvera, au bout de quelques jours, une ecchymose dans la région du bras; une contusion de la cuisse pourra se traduire, au bout de quatre ou cinq jours, par des ecchymoses jaunâtres au-dessus du genou.

L'**épanchement sanguin** peut être constitué par une simple infiltration des tissus, ou collecté dans un foyer plus ou moins bien circonscrit; c'est alors une *bosse sanguine* qu'on n'observe guère qu'au crâne. Dans certains cas où le coup est porté très obliquement, il se produit un décollement parfois très vaste, où vient s'accumuler du sang ou de la sérosité. Cette variété d'ecchymoses, à laquelle Morel Lavallée a donné le nom d'*épanchements traumatiques de sérosité*, est déterminée le plus souvent par le passage oblique d'une roue de voiture.

Ajoutons enfin que, dans certains cas très rares, on peut trouver à l'autopsie des désordres très vastes et très profonds des viscères, sans que la peau présente aucune trace de lésion.

Enfin, lorsque la violence extérieure agit sur une région où la peau n'est séparée des os que par une couche de tissu cellulaire très mince, la contusion ne détermine ni une ecchymose ni une bosse sanguine, ni un épanchement sanguin, mais la mortification des tissus qui tombent en sphacèle du dixième au vingtième jour.

Le *diagnostic* de la contusion est facile en général et consiste : 1° à ne pas méconnaitre l'existence d'une contusion qui existe réellement; — 2° à ne pas prendre pour une contusion ce qui n'en est pas une.

Sur le *vivant*, on ne confondra pas l'ecchymose avec les taches sanguines produites par le purpura, le scorbut, l'hémoptysie, l'ictère hémorrhagique, les fièvres graves ou les différents exanthèmes. — Sur le *cadavre*, on peut con-

fondre les ecchymoses : 1° avec les *taches violacées diffuses*, dues à la lividité cadavérique, qui siègent aux parties déclives : mais celles-ci n'offrent pas les variétés de nuances des ecchymoses, et présentent à la coupe les différences que nous avons indiquées précédemment (voir p. 271), — 2° avec les *vergetures cadavériques*, — 3° avec les *collections séro-sanguinolentes sous-épidermiques* qui résultent de la putréfaction, et apparaissent sous forme de phlyctènes donnant issue à une sanie brunâtre, très liquide et d'une odeur infecte.

L'ecchymose une fois reconnue, l'expert devra en déterminer la *date*, d'après la coloration de la peau, et enfin la *cause*, d'après le siège, l'étendue et la nature de la *lésion* ; il aura enfin à se prononcer sur la *gravité* de celle-ci et les conséquences qu'elle pourrait avoir ultérieurement. D'une manière générale, le *pronostic* de la contusion est presque toujours favorable, en ce sens qu'elle expose rarement à la mort, au moins immédiatement; le seul danger vient de la possibilité de l'inflammatoin du foyer sanguin, avec une suppuration plus ou moins longue, se compliquant d'infection putride. Dans ces cas, même lorsque le malade se rétablit, il est difficile d'apprécier d'une manière approximative la durée de l'incapacité du travail.

On trouve encore très souvent sur les cadavres, qui ont succombé à une mort violente, des taches rondes, rouges ou rouge brun, sur le visage ou les membres, aux coudes, aux dos des mains. Ces taches qui, prises pour des ecchymoses, pourraient faire croire à une lutte entre l'assassin et sa victime, sont le résultat de la chute du corps au moment de la mort, ou du glissement du cadavre contre un corps dur. Suivant Casper, ces pseudo-ecchymoses peuvent se produire même plusieurs jours après la mort. Eugel, qui a répété les expériences de Casper, affirme qu'il est impossible de distinguer si les excoriations ont été faites pendant la vie ou après la mort.

3° **Des distensions et des luxations.** — L'**entorse** qui est le premier degré de la luxation, n'exige en général qu'un repos de quelques jours; après trois semaines, un mois, la guérison est complète. L'expert, au point de vue des consé-

quences ultérieures, ne doit pas oublier qu'à la suite des entorses violentes, il reste parfois un relâchement plus ou moins considérable des ligaments, relâchement qui prédispose à de nouvelles entorses. Dans d'autres cas, chez des sujets scrofuleux ou rachitiques, ces distensions sont suivies de faiblesse, de raideur articulaire, qui rendent les mouvements difficiles ou peuvent dégénérer en tumeur blanche.

Les **luxations**, une fois réduites, ne laissent en général aucune trace, et il serait difficile de dire au bout de quelque temps si elles ont existé réellement : le médecin consulté ne pourra donc, le plus souvent, constater que la douleur et la gêne des mouvements. Dans certains cas, surtout chez les vieillards, on observe des paralysies complètes ou incomplètes du membre luxé, par suite de la contusion ou de la distension des troncs nerveux; ces paralysies, qui peuvent être incurables, se compliquent souvent d'atrophie du membre, dont il faudra également tenir compte dans l'appréciation médico-légale.

4° **Des fractures.** — La gravité des fractures dépend de leur siège : les fractures *simples*, de la partie moyenne de l'os, sont en général peu dangereuses, à moins qu'elles ne se compliquent de lésions profondes, ou d'écrasement des parties molles. — Les fractures *voisines des articulations* présentent plus de danger, parce qu'il est difficile de les réduire, de maintenir la réduction, et que les mouvements articulaires empêchent la consolidation. — Enfin les fractures dans l'*articulation même* sont les plus graves; le plus ordinairement, il n'y a pas de consolidation, et la fracture est accompagnée souvent de complications sérieuses qui peuvent nécessiter l'amputation.

Quand la fracture est *superficielle*, il est facile de constater la présence du cal, même longtemps après l'accident; il n'en est pas de même pour les cas de fractures des parties profondes.

Le temps nécessaire pour la consolidation des fractures, fixé à *quarante jours* par les ouvrages de chirurgie, est une appréciation des plus inexactes, car il existe de très grandes différences suivant l'âge, la constitution de l'individu et

le siège de la fracture : la consolidation est en général plus rapide pour les membres supérieurs que pour les inférieurs ; — pour les enfants que pour les adultes et surtout les vieillards ; — elle sera enfin beaucoup plus lente chez un sujet scrofuleux ou rachitique, que chez un individu doué d'une bonne constitution.

Suivant Legrand du Saulle, voici l'époque à laquelle, dans les conditions les plus favorables, la guérison définitive peut être prévue pour les différentes fractures :

1° Fracture du corps du fémur.	3 à 4 mois chez les vieillards.
2° Fracture du col (la claudication persistante est la règle).	5 mois ou davantage.
3° Fracture de l'extrémité inférieure.	3 à 4 mois, à cause de la raideur articulaire du genou qui est à peu près inévitable.
4° Fracture de la rotule (consolidation toujours fibreuse).	3 à 4 mois.
5° Fracture de jambe (raideur articulaire du cou-de-pied).	2 à 3 mois.
6° Fracture du tibia.	2 mois à 2 mois 1/2.
7° Fracture du péroné.	2 mois.
8° Fracture des deux malléoles.	2 à 3 mois, à cause de la raideur inévitable de l'articulation tibio-tarsienne.
9° Fracture du corps de l'humérus.	50 jours à 2 mois.
10° Fracture du col de l'humérus.	2 à 3 mois, avec raideur de l'articulation de l'épaule.
11° Fracture de l'extrémité inférieure.	2 à 3 mois, à cause de la raideur de l'articulation du coude.
12° Fracture de l'avant-bras.	50 jours à 2 mois.
13° Fracture de l'extrémité inférieure du radius.	2 mois à 2 mois 1/2, à cause de la raideur du poignet.

Pour les fractures comminutives et les fractures compliquées, il est impossible d'indiquer même d'une façon approximative le temps nécessaire à leur consolidation. Ajoutons enfin que les fractures peuvent laisser après elles des infirmités *passagères* (gêne des mouvements, raideur articulaire, etc.) ou *permanentes*, comme des raccourcissements. L'expert aura à tenir compte de ces circonstances, dans l'évaluation de la gravité de ce genre de blessures ; il

ne devra pas oublier également que le temps nécessaire pour obtenir la consolidation, est loin de représenter la durée réelle de l'incapacité de travail, surtout lorsqu'il s'agit des membres inférieurs. Ainsi une fracture de cette région consolidée en cinq à six semaines peut entrainer une incapacité de travail de trois mois et plus (Briand et Chaudé).

5° **Des plaies.** — On entend par *plaie*, tonte solution de continuité des parties molles produite par une cause agissant mécaniquement. On les divise, suivant la cause qui les a produites, en quatre classes : 1° les plaies faites par des instruments *tranchants ;* — 2° les plaies faites par des instruments *piquants ;* — 3° les plaies par *contusion*, *déchirures* ou *arrachement ;* — 4° les plaies par *armes à feu.*

A. **Plaies par instruments tranchants.** — Ces instruments peuvent : couper d'un seul côté, comme les rasoirs ; des deux côtés, comme les poignards, les stylets, les cannes à épée ; couper d'un seul côté et être pointus en même temps, comme les couteaux ; ou bien enfin couper de tous côtés, comme les alènes, les baïonnettes. Les plaies produites par ces instruments sont à bords nets, à angles aigus, avec écartement plus ou moins grand des lèvres ou bords de la plaie. Elles s'accompagnent d'une hémorrhagie plus ou moins grave suivant l'étendue, la profondeur de la section et la richesse en vaisseaux de la région lésée.

Le *diagnostic* de la plaie en elle-même ne présente aucune difficulté, mais il ne suffit pas de constater qu'elle existe ; l'expert doit encore déterminer la nature de l'instrument, la manière dont il a été employé ; établir enfin s'il y a eu suicide, homicide, simple blessure involontaire ou meurtre. La *forme* de la blessure, suivant Legrand du Saulle, indique généralement la forme ou la nature de l'instrument : une plaie par instrument simplement tranchant est plus profonde au milieu qu'aux deux extrémités où elle se termine en queue ; si l'arme est à la fois tranchante et piquante, on n'observe pas la même disposition. Enfin, en général, la plaie présente toujours une étendue plus grande que les dimensions de l'arme elle-même, par suite de la rétraction des tissus ; la différence est sensible

surtout lorsque la section a été faite perpendiculairement à la direction des fibres musculaires ; on a alors une plaie béante, qui ne correspond nullement aux formes et aux dimensions de l'instrument vulnérant. Casper prétend même que les plaies par armes tranchantes ne présentent presque jamais les dimensions de l'instrument, et ne permettent pas de reconnaitre ce dernier. Sans aller aussi loin, on doit reconnaître que cette détermination est parfois fort difficile ; il faudra alors étudier avec soin les moindres particularités de la plaie : ainsi une plaie profonde, irrégulière, avec section d'organes résistants, a été, selon toute vraisemblance, produite par un instrument à la fois lourd et tranchant, comme une hache, un sabre, une faux, ou par une chute sur des fragments de verre ; — une plaie nette, avec une queue plus ou moins longue, ne peut être produite que par un instrument très affilé.

Au point de vue du *pronostic*, la gravité dépend presque uniquement de l'hémorrhagie, qui peut être d'autant plus abondante que la plaie est plus profonde, et que les vaisseaux lésés sont plus importants. Quant à la plaie elle-même, il peut arriver que les deux lèvres, conservant leur vitalité et maintenues presque immédiatement en contact, se réunissent par *première intention ;* la guérison a lieu alors en quelques jours. Dans d'autres cas, la cicatrisation est plus lente ; immédiatement après l'hémorrhagie, survient une période d'inflammation avec sécrétion de sérosité pendant un jour ou deux ; le troisième jour, le liquide devient séro-purulent, puis franchement purulent vers le cinquième jour. La suppuration, après une durée plus ou moins longue, diminue peu à peu, pour faire place à une membrane cicatricielle, bourgeonnante, qui envahit peu à peu toute la plaie. La durée de ce travail de cicatrisation est de quinze à vingt jours pour une plaie simple, sans perte de substance ; elle est beaucoup plus longue pour une plaie étendue et profonde ; il est souvent impossible de la fixer même approximativement. La gravité du pronostic dépendra également de l'importance des organes blessés : ainsi la section des tendons, surtout dans les gaines synoviales, peut avoir pour conséquence la perte de certains

mouvements ; — la division des nerfs peut être suivie de paralysie des régions qu'ils desservent. — Le médecin expert doit évidemment tenir compte de ces diverses circonstances.

B. **Plaies par instruments piquants.** — Ces instruments peuvent être une épée, un stylet, un poignard, la pointe d'un sabre, un fleuret, un couteau, etc. Les plaies qu'ils produisent sont toujours *étroites* et *profondes*, car ils agissent plutôt en profondeur qu'en largeur.

Tourdes les divise en quatre catégories :

a. Les *instruments ronds* (aiguilles, poinçons). — Ils produisent des plaies *toujours plus petites* que l'instrument vulnérant; ces plaies qui, en revenant sur elles-mêmes, deviennent allongées, ovalaires ou anguleuses, présentent deux bords égaux rapprochés à angles très aigus. Leur direction varie suivant la région : ainsi, sur les parties latérales du cou, elles sont dirigées obliquement de haut en bas et d'arrière en avant ; — à la partie antérieure, elles sont transversales ; — au thorax, elles sont parallèles à la direction des côtes ou des espaces intercostaux, et elles se rapprochent d'autant plus de la direction verticale qu'elles siègent plus près de la partie antérieure et inférieure de l'aisselle ; — à la région antérieure de l'abdomen, elles sont obliques et semblent affecter la direction des fibres musculaires ; à la partie moyenne de l'abdomen, elles sont transversales ; — aux membres, elles sont longitudinales. On voit donc, ajoutent Briand et Chaudé : 1° qu'un instrument arrondi et conique, tel qu'un poinçon, donne lieu à de petites plaies parfaitement semblables à celles qui résulteraient de l'action d'un stylet aplati à deux tranchants ; — 2° que ces plaies sont toujours dirigées dans le même sens, dans une région donnée du corps, et elles diffèrent de celles qui sont faites par un instrument à deux tranchants, en ce que ces dernières peuvent affecter toutes sortes de directions. — Cette particularité tient d'abord à ce que les instruments piquants écartent les tissus plutôt qu'ils ne les divisent, ensuite à ce que tous les tissus ne sont pas également tendus au moment de la blessure, et que leurs fibres n'ont pas toutes la même direction (Briand et Chaudé).

b. Les *instruments pointus et tranchants* (sabre, stylet, poignard, couteau) produisent une plaie dont la forme rappelle à peu près celle de l'instrument ; l'examen des angles indique si le corps était à un ou deux tranchants ; enfin, lorsque la plaie est plus large profondément qu'à l'orifice, on doit en conclure que l'arme a été remuée dans la plaie.

c. Les *instruments de forme triangulaire ou quadrangulaire* (canne à épée, fleuret, baïonnette) peuvent laisser des plaies de formes irrégulières ou nullement en rapport avec la nature de l'arme : ainsi une baïonnette pourra produire une plaie ovale, un fleuret une plaie ovalaire ou triangulaire (Sanson). Dans certains cas, on peut reconnaître sur les bords de la plaie les traces des angles de l'instrument ; d'autres fois, on ne trouve qu'une plaie plus ou moins ronde ou elliptique avec deux angles inégaux. On doit conclure dans ce cas, suivant Tourdes, que l'instrument vulnérant n'était ni mousse, ni tranchant, mais avait des angles, sans en préciser le nombre.

d. Les *instruments perforants irréguliers* (pieux, coins, bâtons pointus, etc.) déterminent des plaies plus ou moins régulières se rapprochant des plaies contuses.

On voit donc que les dimensions et la forme de la plaie peuvent, dans certains cas, indiquer la nature de l'instrument, mais qu'il n'en est pas toujours ainsi. Il résulte en effet des expériences de Sanson : 1° qu'un instrument piquant et tranchant, pénétrant *perpendiculairement* à la surface des téguments également tendus dans tous les sens, produit une plaie qui représente assez bien la forme de l'instrument ; cependant *la solution de continuité est en général moins longue que l'instrument vulnérant n'est large* ; elle présente au contraire plus d'écartement que l'instrument n'a d'épaisseur ; — 2° que ce même instrument, pénétrant *obliquement* dans les tissus, ou perpendiculairement dans des tissus inégalement tendus, fait une plaie qui ne représente nullement la forme de l'arme ; il peut arriver que l'un des bords s'écarte et devienne concave, tandis que l'autre reste droit ; — 3° qu'un instrument *uniquement* pointu, absolument dépourvu de tranchant, détermine une plaie qui, par suite de la rétraction des tissus, ne représente

ni la forme ni les dimensions de l'arme qui l'a produite. *La plaie est toujours plus petite*, et l'expert doit alors donner à l'arme des dimensions plus grandes que celles de la plaie.

La différence entre la forme et la dimension de la plaie et celles de l'instrument vulnérant tient à la différence de rétraction des tissus vivants, à la direction variable de leurs fibres, etc. Il peut arriver que dans une blessure profonde, faite par un instrument piquant, la forme de la plaie varie plusieurs fois dans le trajet parcouru par l'instrument.

Ajoutons enfin qu'au point de vue du diagnostic, dans la recherche des dimensions, de la direction et surtout de la profondeur de la plaie, le médecin légiste devra, comme le chirurgien, agir avec beaucoup de réserve, et ne pas chercher coûte que coûte à introduire un stylet dans ces plaies, pour en sonder la profondeur, surtout lorsqu'elles siègent au niveau des articulations ou des grandes cavités splanchniques. On doit considérer avant tout le blessé, et ne pas aggraver sa situation par des recherches inopportunes ou dangereuses (Legrand du Saulle).

Le danger des blessures par instruments piquants vient surtout de la possibilité d'une lésion des vaisseaux situés profondément, lésion qui peut déterminer une hémorrhagie mortelle. Casper fait remarquer que, dans ce cas, on reproche quelquefois à l'expert de n'avoir pas indiqué le siège précis de la piqûre; cette détermination est souvent impossible, en raison de la profondeur de l'organe.

C. **Plaies par instruments contondants, par déchirure ou par arrachement.** — Les *instruments contondants* (massue, canne plombée, bouteille, chope, poutre, bâton, casse-tête, crosse de fusil, pierres, pavés, etc.), suivant Devergie, peuvent produire trois effets principaux : la *commotion*, la *contusion* et la *désorganisation* de la partie frappée, c'est-à-dire des lésions qui participent à la fois de la contusion et des plaies; aussi leur donne-t-on le nom de *plaies contuses*. Nous avons étudié les deux premiers effets précédemment (voir p. 315, 316).

La *désorganisation* des tissus peut être plus ou moins grande, et se traduire : soit par une ecchymose variable

d'étendue se terminant par résolution ou par suppuration; soit par une destruction plus ou moins vaste de la peau, avec attrition des parties molles, des os ou des organes profonds (poumons, cœur, reins, foie). Ces plaies contuses peuvent présenter une forme en rapport avec celle de l'instrument vulnérant, mais le plus souvent elles sont à lambeaux épais et à bords irréguliers. Elles se distinguent des autres plaies en ce qu'elles présentent dans leur évolution deux périodes bien distinctes : la première consiste dans l'élimination des parties désorganisées; sa durée est très variable; — la deuxième est celle de la cicatrisation. Ce travail de réparation est lent en général, et laisse souvent des cicatrices difformes.

Enfin, dans certains cas, ces instruments peuvent produire des plaies à bords très nets, comme les instruments tranchants, et susceptibles de se réunir par première intention : par exemple lorsqu'un corps contondant vient diviser brusquement des tissus qui reposent sur des arêtes osseuses à angle aigu, comme le sourcil; ou bien lorsque ce corps présente un angle qui vient frapper une région séparée des os par une couche de tissu très mince, comme au crâne (Legrand du Saulle).

Le *diagnostic* des plaies contuses est facile lorsque celles-ci sont récentes; on ne peut guère les confondre, à une certaine époque, qu'avec un ulcère : les commémoratifs, le siège, la forme de la plaie et surtout l'absence de toute cause d'ulcération suffira pour fixer le diagnostic.

Le *pronostic* dépend surtout de l'étendue de la lésion, de la lenteur de la cicatrisation, et enfin de la gêne qui peut résulter de cicatrices difformes ou vicieuses.

Les *plaies par arrachement* et les *déchirures* peuvent être produites par les cornes d'un animal, un croc, une fourche, les rayons d'une voiture, un engrenage de machine, etc. Ces plaies sont souvent très étendues, presque toujours inégales, irrégulières, et présentent plusieurs lambeaux. Elles s'accompagnent souvent de fractures et d'écrasement des os, rarement d'hémorrhagies graves, en raison de la rétraction des parois artérielles et veineuses, rétraction d'autant plus marquée que l'arrachement a été plus violent (Briand et

Chaudé). Un autre signe qui les différencie des plaies contuses, c'est l'absence d'ecchymose.

Comme pour ces dernières, les plaies par arrachement présentent deux phases bien distinctes : l'élimination des parties désorganisées et la cicatrisation. La première période s'accompagne presque toujours d'une suppuration très abondante. Quant au travail cicatriciel, il est très lent et se termine souvent par des déformations ou la perte des fonctions, surtout lorsque la lésion siège sur les membres. Aussi le *pronostic* de ces plaies par arrachement est-il souvent très grave.

Parmi les déchirures de la peau il en est qui présentent des caractères particuliers, très importants à connaitre, car dans certaines circonstances, elles peuvent donner des indications utiles : nous voulons parler des traces laissées par les ongles ou *égratignures*. Elles se présentent sous deux formes, d'après M. Brouardel, suivant que l'ongle s'est *appliqué* simplement sur la peau ou a *glissé* : dans le premier cas, l'ongle laisse une empreinte qui représente exactement sa forme, sa courbure, ses dimensions, et dont la direction indique la position des doigts, ce qui peut être très important dans les cas de strangulation, ou lorsqu'une femme en couches s'aide de ses mains pour se délivrer. — Dans le second cas, quand l'ongle a plutôt glissé qu'exercé une pression, le glissement, d'après M. Brouardel, se fait toujours dans le même sens, la main se referme sur les parties molles, et le dernier arrêt de l'ongle laisse une ligne concave. Ordinairement, il n'y a pas de sang épanché dans le tissu cellulaire sous l'empreinte de l'ongle; mais dans les cas où il existe au-dessous un plan résistant (os), l'ongle appliqué avec énergie fait éclater les couches profondes; la couche superficielle résiste, et il en résulte un épanchement sanguin dans le tissu cellulaire sous-jacent.

D. **Plaies par armes à feu.** — Suivant Casper, il est difficile de donner une description générale des plaies par armes à feu, parce qu'il n'y a pas deux plaies de ce genre qui se ressemblent. Ces plaies sont presque toujours des plaies contuses, au moins avec les projectiles anciens, les balles rondes, car les balles coniques employées aujourd'hui agis-

sent par leur pointe acérée, comme des armes piquantes et perforantes. Quelquefois même ces plaies se compliquent de brûlures dues à la déflagration de la poudre; aussi les blessures de ce genre présentent-elles des caractères particuliers et demandent une étude à part.

Voici cependant, d'après Tourdes, à quels signes on reconnaitra une plaie par arme à feu : « c'est une blessure généralement ronde, de dimensions limitées, entourée d'une surface noirâtre et desséchée, livide et ecchymosée, avec des traces de brûlure, ou de poudre, suivant la distance, et dont les bords sont le siège de l'eschare caractéristique qui résulte du broiement du tissu (voir pl. II, fig. 3). Cette plaie saigne peu (mais plus souvent depuis les armes nouvelles), à moins qu'il n'y ait eu déchirure de la peau ou lésion d'un vaisseau notable. »

Ces caractères peuvent du reste présenter des différences suivant : 1° la nature de l'arme; — 2° la distance à laquelle le coup a été tiré; — 3° la nature de la poudre et du projectile; — 4° la direction de ce dernier.

1° *Nature de l'arme.* — Les armes perfectionnées dont on se sert actuellement déterminent des plaies en général plus profondes, plus compliquées et plus meurtrières qu'autrefois; mais il est à remarquer que, dans les cas d'homicide ou de suicide, on se sert plutôt des armes anciennes et des projectiles ordinaires. Les boulets, les éclats d'obus et la mitraille produisent des blessures dont on a rarement à se préoccuper en médecine légale.

2° *Distance.* — Les effets varient suivant que le coup a été tiré de *près* ou de *loin*.

Si le canon est appliqué *immédiatement* sur la peau, à *bout touchant*, suivant l'expression de H. Larrey, il ne se produit qu'une simple meurtrissure; la balle, amortie par la couche d'air comprimé, est repoussée et tombe à terre.

Quand la balle est tirée à *bout portant*, sans que le canon s'applique sur le corps, il en résulte des désordres considérables. On trouve une large plaie de 10 à 15 centimètres de diamètre, dont toute la surface est noircie et brûlée, la peau est parsemée de poussière noire et de grains de poudre adhérents. Les bords de la plaie sont contus et tuméfiés;

enfin, au centre, l'ouverture d'entrée de la balle, ouverture de forme irrégulière et d'une étendue qui varie de 5 à 10 centimètres de diamètre. (Legrand du Saulle).

Si le coup est tiré à *brûle-pourpoint*, les désordres sont à peu près les mêmes, mais d'autant plus étendus que le coup est tiré de plus près. La partie atteinte est frappée en même temps d'engourdissement, d'une espèce de stupeur qui peut se généraliser et plonge l'individu dans une sorte de prostration morale. La gravité des lésions locales est souvent due à la bourre qui pénètre dans la plaie avec le projectile; souvent aussi, la déflagration de la poudre laisse sur les vêtements, les sourcils, les cils ou la barbe, des traces de blessures qu'il ne faut pas confondre avec celles que produit la bourre enflammée : suivant Briand et Chaudé, la poudre chassée du canon brûle à sa sortie jusqu'à une distance égale seulement à la longueur du canon de l'arme; la bourre enflammée peut être portée à une distance bien plus grande.

Tourdes, avec un pistolet de 17 centimètres, 1 gramme de poudre et la bourre en filasse, est arrivé aux résultats suivants : déchirures de la peau, de 0 m. 02 à 0 m. 04; fracture de côte, de 0 m. 04 à 0 m. 06; brûlure, jusqu'à 0 m. 24; coloration par la poussière charbonneuse, à 0 m. 80; incrustation des grains de poudre de 1 mètre à 1 m. 50 et même de 2 mètres. L'aréole formée sur la peau par la décharge avait : à 3 centimètres de distance, 3 centimètres de diamètre; de 5 à 7 centimètres, 4 à 5 centimètres; à 11 centimètres 6; à 23 centimètres, 8 sur 12 centimètres; à 92 centimètres, c'était une zone peu prononcée de 17 centimètres d'étendue; au delà ce n'était plus que des grains isolés (Lutaud).

Quand le coup a été tiré de loin (au delà de 2 à 3 mètres) l'aspect de la blessure n'est plus le même : l'air chassé du canon et l'explosion de la poudre n'ont plus aucune action directe sur la partie frappée, la balle agit seule; aussi n'observe-t-on aucune trace de brûlure; la peau, au lieu d'être rétractée de manière à élargir la plaie, est enfoncée vers le trou produit par la balle; ses bords sont à peine noircis et plus ou moins déprimés en entonnoir : la plaie donne plus

de sang. Gosselin divise ce genre de plaies en trois espèces : 1° les plaies en *sillon*, qui saignent peu et présentent une surface comme cautérisée par le projectile; — 2° les plaies en *cul-de-sac*, qui saignent davantage parce que le projectile qui a perdu une partie de sa vitesse, divise les tissus sans les cautériser; — 3° les plaies en *séton*, qui offrent un *trou d'entrée* et un *trou de sortie*.

Les plaies de ce dernier genre, produites par un coup de feu tiré de loin, présentent des caractères particuliers (voir pl. III, fig. 1 et 2) : 1° L'*ouverture d'entrée* est sensiblement *plus petite que l'ouverture de sortie;* la différence est d'autant plus prononcée que le coup a été tiré de plus loin. Ce caractère classique, accepté autrefois comme un axiome, n'a cependant pas une valeur absolue, car il résulte des observations d'Olivier (d'Angers), de Devergie et de Huguier que l'ouverture d'entrée, loin d'être constamment plus petite que celle de sortie, est *souvent égale* et dans certains cas *plus grande*. Suivant Huguier, les deux ouvertures sont *égales*, si le projectile a conservé toute sa force pendant son trajet à travers les tissus; — l'entrée est *plus petite* que la sortie, quand la balle a perdu une grande partie de sa force, et qu'après avoir traversé des tissus mous, elle rencontre des tissus résistants; — l'entrée est *plus grande* que la sortie dans le cas contraire, c'est-à-dire quand les tissus résistants se trouvent avant les tissus mous. Devergie a démontré enfin que ces différences tiennent surtout à la distance à laquelle le coup a été tiré : de près, le projectile fait généralement son entrée beaucoup plus grande; à distance, les ouvertures sont égales; à une distance plus grande encore, l'ouverture de sortie devient plus grande que celle d'entrée. — 2° Les deux ouvertures présentent au point de vue de l'*aspect* des différences capitales, absolument caractéristiques, pathognomoniques pour ainsi dire : l'ouverture d'entrée est *nette*, son contour est *enfoncé* et déprimé en dedans; — l'ouverture de sortie est au contraire *irrégulière*, ses bords déchirés, en boutonnière ou en lambeaux, sont renversés et font *saillie au dehors*.

Casper conteste absolument ces caractères classiques des

orifices d'entrée et de sortie de la balle. Suivant lui, il est souvent difficile de reconnaitre, par l'état des orifices, la direction qu'a suivie le projectile. Quelquefois les bords sont tellement déchirés qu'il est impossible de distinguer la direction du renversement, surtout avec les balles *pointues;* on trouve dans ce dernier cas une ouverture très petite, à peine ecchymosée, très peu écrasée, quelquefois ronde, le plus souvent triangulaire et insignifiante en apparence. Lorsque ces balles ont traversé le corps, l'ouverture de sortie présente à peu près le même aspect que celle d'entrée. Ces caractères, ajoute-t-il, sont tellement constants qu'ils permettent de dire *à priori* si l'on a employé une balle pointue.

Les *vêtements* présentent quelquefois une disposition analogue, et la balle emporte un disque de l'étoffe dont les bords sont alors *déprimés en dedans.*

Il peut arriver que le projectile traverse le vêtement sans emporter le morceau, lorsque le tissu présente une grande élasticité; on trouve alors une ouverture en boutonnière plus ou moins béante; quelquefois même, les mailles reviennent sur elles-mêmes, et la trace de la balle ne parait même pas. Quand c'est une balle morte, elle peut enfoncer le vêtement dans la chair sans le traverser; d'autres fois, la balle se coiffe pour ainsi dire du lambeau d'étoffe emporté, et on le retrouve dans l'épaisseur des tissus.

Bégin pense que l'on peut reconnaitre l'ouverture d'entrée et l'ouverture de sortie par l'état des *cicatrices* : la cicatrice d'entrée, dit-il, est ronde, concave, profonde; la peau est uniformément plissée de la périphérie au centre, en même temps blanche et dure; tandis que la cicatrice de la plaie de sortie est plus petite, irrégulière, proéminente et en forme de fente. Casper conteste la valeur de ces caractères.

La détermination de la distance à laquelle une arme a été déchargée a une importance capitale, dans les cas où il s'agit d'établir si le suicide a été possible ou non. En général, le tatouage, produit au pourtour de la plaie par les grains de plomb, n'existe que lorsque l'arme a été tirée à une petite distance; mais, en raison des perfectionnements apportés dans la fabrication des cartouches, suivant Briand et Chaudé, on ne peut poser de règles générales sur ce point; le mieux

est de faire des expériences avec l'arme et les cartouches qui ont servi, si l'on peut se les procurer. Généralement, dans l'hypothèse d'un suicide accompli à l'aide d'un revolver, l'extrémité du canon de l'arme n'est guère éloignée de plus de 20 centimètres; à cette distance, le tatouage est très marqué, excepté pourtant avec certaines cartouches au fulminate de mercure, qui ne produisent pas d'incrustation des grains de poudre, même quand le coup est tiré à bout portant. L'absence de tatouage ne doit donc pas faire exclure l'idée de suicide.

D'après Casper, l'absence complète de brûlure des bords de la plaie indique *presque avec certitude* que le coup a été tiré de plus loin que quatre pieds, par conséquent qu'il n'y a pas eu suicide, à moins, dit-il, que le suicidé n'ait fait des préparatifs tout particuliers pour se tuer. L'absence de grains de poudre sur les bords de la plaie ne lui paraît pas une preuve absolue que le coup ait été tiré de loin, car, dans des cas non douteux de suicide, il n'a trouvé ni le noircissement ni les marques de brûlure.

3° *Nature du projectile.* — Le projectile peut être *unique* ou *multiple*. Ce que nous venons de dire sur le caractère des plaies, à leur entrée et à leur sortie, s'applique surtout aux cas de blessure par un projectile unique, comme une balle, une bille de marbre, un caillou ou tout autre corps solide. Si les coups sont tirés avec une *arme double*, comme un revolver à deux coups, les deux projectiles divergent après leur entrée dans le corps (Casper). Un fusil chargé à *plomb* produira des effets différents suivant la distance : si le coup est tiré *à bout portant* (moins de 50 centimètres), la charge *fait balle*, c'est-à-dire que les grains de plomb frappent en masse, et produisent une plaie analogue à celle d'un projectile unique. Les grains de plomb traversent les tissus et s'arrêtent après un trajet de 16 à 18 centimètres (Briand et Chaudé).

Suivant Lachèze, pour qu'il y ait une plaie unique à bords réguliers, la distance ne doit pas être de plus de 20 à 30 centimètres. — Au delà de 30 centimètres, sur une partie du corps *dépouillée de ses vêtements*, quelques grains de plomb s'écartent et échancrent les bords de la plaie. — A partir de

50 centimètres, l'écartement des grains de plomb est d'autant plus grand que le coup a été tiré de plus loin : à 50 centimètres, l'écartement est déjà considérable, et les grains laissent une trace distincte autour de la plaie centrale. — A 1 mètre, cette dernière n'existe plus, chaque grain de plomb fait à la peau sa plaie particulière, et toutes ces plaies réunies couvrent un espace de 8 à 10 centimètres de diamètre. — A une distance plus considérable, cet espace est beaucoup plus grand. — Enfin, à 15 pas (14 à 15 mètres), une charge de plomb n° 8 tirée sur le dos d'un individu se dissémine sur toute sa surface.

Lorsque les parties sont *recouvertes de vêtements*, on observe les mêmes effets, mais pas aux mêmes distances : celles-ci doivent être d'autant moins grandes que les vêtements sont plus nombreux, plus épais ou d'un tissu plus résistant (Lachèze).

La *bourre*, dont nous avons vu déjà quelques-uns des effets précédemment, peut, lorsque le fusil est chargé à poudre et le coup tiré de très près, produire l'effet d'un projectile; elle pénètre dans les tissus, en produisant une plaie analogue à celle d'un coup de *plomb* tiré à courte distance ou quelquefois celle d'un coup de plomb faisant balle; mais il faut dans ce cas que l'arme soit d'un calibre très fort (fusil de munition), chargée d'une cartouche de guerre (moins la balle), et qu'il y ait *moins de 16 centimètres* entre le bout du canon et l'individu (Briand et Chaudé). A une plus grande distance, les grains de poudre non brûlés s'écartent, la bourre perd une partie de sa vitesse et ne peut plus traverser la peau *même à nu*; celle-ci n'est que brûlée uniformément dans une étendue circulaire de 5 à 6 centimètres; autour elle est piquetée de points noirs produits par des grains de poudre non brûlés. A la distance de 1 mètre 30, la bourre ne produit plus aucun effet, il n'y a plus de brûlure centrale, on trouve seulement des grains de poudre qui ont noirci la peau dans une étendue circulaire de 14 à 15 centimètres. — Si la peau est *recouverte* de vêtements, on observe des effets analogues; mais, pour avoir les mêmes lésions, il faut que la distance soit beaucoup moindre (Lachèze).

Les blessures produites par des grains de plomb sont plus graves que celles faites par une balle, quand le coup a été tiré de très près; elles sont au contraire moins dangereuses lorsque le coup a été tiré de très loin.

Ajoutons que M. Legouest a signalé des cas de blessures graves produites par une arme simplement chargée d'*eau;* on a une plaie par arme à feu sans l'action d'aucun projectile solide. Cette particularité ne doit pas être ignorée du médecin légiste.

4° *Nature de la poudre.* — La détermination de l'*espèce de poudre employée* peut avoir une grande importance; il y a souvent un intérêt capital à établir si l'on s'est servi de poudre de chasse, de guerre ou de mine. Il suffit pour cela d'examiner le diamètre des grains qui ont échappé à la combustion, et qui se sont incrustés dans la peau. Suivant Tourdes, ces grains ont un diamètre de six dixièmes à un quart ou à un cinquième de millimètre, leur densité est de 0,8 à 0,9, et le nombre contenu dans un gramme est de 388 à 2023 (Lutaud).

5° *Direction de la blessure.* — Elle varie suivant la distance et la force que possède la balle : lorsque le coup est tiré de très près, la direction première de la plaie ne change pas sensiblement; — lorsqu'il est tiré de loin, la balle a perdu une partie de sa vitesse et de sa force; elle pénètre dans les tissus plus ou moins profondément, *en creusant devant elle un canal qui va en s'élargissant, et elle s'y loge en formant à la fin de sa course une sorte de cul-de-sac ou de cavité arrondie;* dans ce parcours, elle peut traverser les parties résistantes, telles que les os, ou les briser lorsqu'elle est déjà affaiblie.

La direction que peut suivre une balle à travers les tissus est du reste extrêmement variable, et la position des orifices d'entrée et de sortie ne peut pas toujours indiquer le trajet exact suivi par le projectile; il suffit en effet de la moindre résistance, d'une saillie osseuse rencontrée sur son passage, pour lui faire suivre les trajets les plus singuliers; il faut encore tenir compte des déviations dues au mouvement de rotation du projectile.

Suivant Casper, le trajet de ce dernier ne peut être examiné que lorsqu'il traverse des parties assez dures (muscles

des membres, du dos, des fesses); il n'en est pas de même des parties molles. L'organe où l'on peut le suivre le plus facilement, c'est le cerveau.

Parmi les exemples les plus remarquables des directions plus ou moins étranges suivies par un projectile, on peut citer le cas du maréchal de Lowendal : au siège de Fribourg, il reçut sur la tempe droite une balle qui fit le tour de la tête et ressortit au-dessous de la tempe gauche (Percy). Dans un autre cas rapporté par Larrey, la balle pénétra à travers le sternum dans la cavité thoracique, contourna cette cavité et ressortit près de la colonne vertébrale sans avoir blessé les organes internes. — Enfin Dupuytren cite le cas d'une balle qui avait frappé le tibia et s'était divisée en deux fragments; ces fragments, après avoir traversé le mollet, l'un à droite, l'autre à gauche, étaient allés blesser chacun le mollet de l'autre jambe, de sorte qu'une seule balle avait produit cinq blessures. Ces trois exemples suffisent pour montrer que les projectiles peuvent suivre les directions les plus diverses, et déterminer les lésions les plus inattendues.

On demande quelquefois à l'expert de déterminer à *quelle époque* une arme a été tirée. Il résulte des expériences de Boutigny (d'Evreux) que, par l'examen de la crasse qui tapisse la batterie de l'arme, on peut préciser à quelques jours près et même, suivant Orfila, à quelques heures près le moment auquel l'arme a été tirée. Casper ne partage nullement cette opinion : il faut tenir compte des différentes qualités de poudre employées, du degré d'humidité de l'air et enfin des perfectionnements apportés dans la fabrication des cartouches. Il va même plus loin, et pose en principe que, *dans cette circonstance, le médecin n'est pas un expert compétent*, et qu'il est préférable de nommer un expert spécial, comme un armurier. Il conseille même d'être très réservé devant le jury, « parce que, dit-il, il peut se trouver dans le nombre un ou deux bons chasseurs, et le médecin, débitant devant eux les théories qu'il a trouvées dans les auteurs, s'expose à perdre le prestige que lui donne la dignité de sa position, en parlant devant des connaisseurs de choses qui lui sont étrangères. »

On peut avoir à déterminer également si la lésion (fractures, rupture d'organes, etc.) a été produite sur le *cadavre* ou le *vivant*. Casper, qui a fait sur ce point des expériences comparatives très curieuses, est arrivé à cette conclusion intéressante : qu'il est plus difficile de détruire la cohésion organique après la mort que pendant la vie; les tissus morts présentent une résistance considérable aux causes vulnérantes, surtout pour les os : ainsi une force qui sur le vivant aurait certainement produit des fissures, sinon des fractures, laisse le crâne absolument intact. Aussi Casper pose-t-il l'axiome suivant : « Dans le cas où l'on ne peut pas reconnaitre si une blessure a été faite avant ou après la mort, si cette blessure est très importante, telle que la fracture des os crâniens, une fissure de la base du crâne, on peut dire que, selon toute probabilité, *la blessure n'a pas été faite après la mort, mais bien pendant la vie*, si les circonstances n'indiquent pas qu'une force *extrêmement* violente a agi sur le cadavre. »

E. **Brûlures.** — Les brûlures sont des lésions produites sur les parties vivantes par l'action du *calorique concentré* ou de certains agents désignés sous le nom de *caustiques*. De là deux classes bien distinctes de brûlures : 1° les *brûlures par calorique concentré*, ou brûlures proprement dites ; 2° les *brûlures par les caustiques*.

1° **Brûlures proprement dites** ou *par le calorique concentré*. — Elles peuvent être produites par rayonnement ou par contact; le rayonnement produit rarement des brûlures pouvant nécessiter l'intervention médico-légale. Les corps qui peuvent brûler par contact, sont *solides* (fer chaud, charbon en ignition, etc.), *liquides* (eau bouillante, huile bouillante, bouillon, etc.) ou *gazeux* (vapeurs d'éther, de benzine, d'huile, de pétrole, gaz d'éclairage, etc.). Les lésions produites par ces derniers sont de beaucoup les plus graves. Bien que souvent ces brûlures soient le résultat d'accidents, l'expert peut être consulté pour établir l'étendue du dommage causé par la brûlure et les conséquences qu'elle peut avoir.

Depuis Dupuytren, on admet *six* degrés de brûlure suivant l'étendue et la profondeur de la lésion.

Le *premier degré* est caractérisé une simple *rubéfaction* de la peau, disparaissant sous la pression du doigt, une inflammation légère et superficielle sans phlyctènes; la douleur est vive, mais dure à peine quelques heures.

Le *deuxième degré* est caractérisé par la *vésication*, par la formation de *phlyctènes* pleines de sérosité citrine et transparente. Ces phlyctènes peuvent s'affaisser et sécher en quelques jours, ou suppurer comme la surface d'un vésicatoire.

Le *troisième degré* est caractérisé par la *destruction du corps muqueux et de la couche papillaire du derme*, avec production d'eschares superficielles, dont la coloration grise, jaune ou brune et l'insensibilité tranchent avec l'état de phlogose des parties environnantes. Ces eschares finissent par tomber, en laissant des ulcérations qui se cicatrisent à la longue sans rétraction difforme, mais qui restent toujours très apparentes par leur teinte blanchâtre.

Au *quatrième degré*, la *destruction de toute l'épaisseur du derme est complète*, avec production d'eschares plus étendues, plus épaisses, et une insensibilité plus complète des parties brûlées. La zone environnante est très douloureuse, vivement enflammée et souvent couverte de phlyctènes. Le travail d'élimination commence du quatrième au sixième jour, quelquefois plus tard, et la chute de l'eschare laisse à découvert une ulcération irrégulière et profonde dont la cicatrisation, toujours très longue, laisse souvent après elle une difformité plus ou moins grande, accompagnée d'une gêne plus ou moins marquée des mouvements.

Au *cinquième degré*, les phénomènes sont analogues; mais, outre la destruction du derme, on constate la *désorganisation des parties molles sus et sous-aponévrotiques*, avec apparition d'eschares profondes très longues à se détacher.

Le *sixième degré* ou *carbonisation complète* comprend la destruction de toute l'épaisseur du membre, y compris les os. Il en résulte souvent la mort du sujet ou tout au moins l'amputation de la partie brûlée.

La *gravité* de ce genre de lésion dépend de l'*étendue* et de la *profondeur* de la brûlure. Les brûlures même superficielles, mais très étendues, peuvent déterminer la mort en quelques heures, par un mécanisme qui a été très diverse-

ment expliqué et qui serait dû : à un arrêt brusque du cœur, par suite d'une excitation exagérée des nerfs cutanés ; — à la suppression des fonctions de la peau comme organe d'excrétion de certains principes délétères ; — enfin à l'épuisement nerveux produit par l'intensité de la douleur, ce que Dupuytren appelait une *hémorrhagie de la sensibilité*.

Les brûlures profondes et étendues sont dangereuses : par la réaction générale qu'elles déterminent ; — par les complications qui peuvent survenir du côté de certains organes, comme le cerveau, les poumons et le tube digestif ; — par la suppuration qui épuise le malade ; — enfin par l'apparition des complications ordinaires de toute plaie grave (phlegmon diffus, infection purulente, érysipèle, pourriture d'hôpital, etc.). — Un dernier point à examiner, c'est la perspective de cicatrices vicieuses, avec perte plus ou moins complète de certaines fonctions.

2° **Brûlures par les agents caustiques** (acides ou alcalis concentrés). — Les substances caustiques déterminent sur les tissus vivants des effets analogues à ceux du calorique, mais présentent un aspect différent suivant la nature du liquide employé. Ajoutons que ces brûlures sont presque toujours produites dans l'intention de défigurer la victime, sous l'influence de la jalousie. Aussi les criminels de cette catégorie appartiennent-ils en grande partie au sexe féminin.

L'*acide sulfurique*, le plus ordinairement employé dans ces sortes de vengeance, produit une eschare grisâtre, noire, quand le contact a été prolongé ; elle est entourée d'un cercle grisâtre sur lequel l'épiderme est peu adhérent. L'élimination se fait du dixième au quinzième jour, et laisse des cicatrices en tous sens, pouvant produire des difformités hideuses.

L'*acide chlorhydrique* ou *nitrique* détermine une eschare demi-molle, jaunâtre, mal limitée et bordée d'un liseré rouge ; elle tombe du quinzième au vingtième jour.

L'*acide chromique* produit une eschare brune, épaisse, sèche, avec rétraction des tissus, comme le fer rouge.

Les *caustiques alcalins* (potasse caustique et pâte de Vienne) donnent lieu à une eschare d'un brun noirâtre, de

consistance gélatineuse, qui se dessèche et durcit rapidement. Elle s'élimine du dixième au quinzième jour.

Nous avons vu précédemment (p. 265) à quels caractères on distinguera une brûlure faite sur le vivant ou sur le mort : rappelons que le diagnostic repose principalement sur l'absence de phlyctène et d'auréole inflammatoire dans les cas de brûlure faite sur le cadavre (Devergie, Orfila, Christian) (voir pl. II, fig. 1 et 2). Casper a fait sur cette question des expériences qui l'ont conduit aux conclusions suivantes : 1° il n'y a aucune réaction inflammatoire, si le cadavre est mis en contact avec un objet brûlant, même carbonisant, et si ce contact a lieu par surface, c'est-à-dire quand une partie du corps est recouverte de toile ou de coton en combustion. — 2° Si l'on soumet un cadavre à une flamme très intense, on peut produire des phlyctènes sur le cadavre, mais elles se crèvent de suite. La chaleur très intense produit une évaporation rapide des liquides et donne lieu à des phlyctènes de petite dimension; mais la force expansive des gaz développés crève la cloche, en faisant une espèce de petite explosion et l'épiderme retombe. Enfin *jamais* ces phlyctènes ne contiennent de liquide : elles ne renferment que des gaz. — 3° Il n'y a aucune différence si l'expérience est faite peu de temps ou plusieurs jours après la mort.

Suivant Rokitansky, les lésions anatomiques le plus souvent observées à la suite des brûlures mortelles, sont des érosions hémorrhagiques de la muqueuse stomacale et des ulcères perforants. Casper pense que ces lésions ne sont pas aussi fréquentes que le croit Rokitansky, car il ne les a jamais observées dans aucun cas de brûlure.

Combustion spontanée. — Le médecin expert peut être appelé à déterminer si, dans le cas où une personne est trouvée brûlée, il y a la faute d'un tiers, c'est-à-dire s'il y a eu meurtre ou accident; la question de suicide peut être écartée *à priori*, car ce genre de mort est très rarement choisi par ceux qui ont assez de la vie (Casper). Reste à prononcer entre le meurtre ou l'accident : dans la plupart des cas, il est très difficile, sinon impossible de donner une démonstration scientifique; il faut s'en rapporter sur-

tout aux circonstances du fait. Devergie pose même en principe que, dans les quatre-vingt-dix centièmes des cas où le suicide et le meurtre par brûlures sont en doute, il faut chercher le critérium hors de la science.

L'individu n'a-t-il pas pu trouver la mort par *combustion spontanée?* Casper trouve qu'il « est affligeant d'être obligé dans une œuvre scientifique sérieuse de parler encore de la fable de la combustion spontanée, que personne n'a jamais observée, dont les soi-disant preuves ne reposent que sur les contes des ignorants, sur les anecdotes absurdes des journaux et qui ne résistent à aucune critique. » Ces faits de combustion, très fréquents dans le siècle dernier, sont devenus tellement rares depuis qu'on les examine de près, qu'on est encore à en trouver un véritablement authentique.

Legrand du Saulle trouve l'expression de *combustion spontanée* défectueuse, parce qu'il n'existe pas un exemple dans la science de corps humain ayant pris feu spontanément. Suivant Devergie, on doit entendre sous cette dénomination « la combustion d'une partie ou même de la totalité du corps, reconnaissant pour cause déterminante le contact plus ou moins immédiat d'une substance en ignition, sans que la masse des parties brûlées soit jamais en rapport avec la faiblesse du corps comburant. » Au point de vue étiologique, sur 19 cas qu'il a pu recueillir, Devergie a constaté l'influence : 1° de l'*abus des liqueurs alcooliques* (16 fois sur 19) ; — 2° du *sexe féminin* (16 sur 19) ; — 3° de l'état de *maigreur ou d'embonpoint;* — 4° de l'*âge*, l'ivrognerie étant fréquente chez les vieillards ; — 5° du *froid :* sur 10 cas où la combustion a eu lieu, c'était en janvier, février et décembre.

Quoi qu'il en soit des théories de Lecat, de Devergie et de Legrand du Saulle, l'opinion la plus généralement admise aujourd'hui est que la combustion spontanée est encore à démontrer. « Il suffit, dit Regnault, de réfléchir un instant à la difficulté de combustion des matières qui constituent le corps de l'homme, à l'immense quantité de vapeur d'eau qui doit être évaporée avant que la calcination et la combustion de la matière puissent commencer, à l'absence de

l'oxygène dans les cavités intérieures, la petite quantité de gaz qui s'y trouve étant bientôt consommée et la combustion de l'alcool ou d'autres matières volatiles s'arrêtant par cela seul, pour admettre l'impossibilité matérielle du fait. »

DES CICATRICES.

Nous avons vu précédemment (p. 33) l'importance des cicatrices au point de vue des questions d'identité; elles peuvent également fournir des indices utiles pour déterminer la date, la direction, la profondeur, la nature et la cause des plaies qui les ont produites.

Les cicatrices se présentent généralement sous l'aspect d'un tissu dense, élastique, sans vaisseaux, sans poils, sans follicules sébacés ou adipeux, toujours blanches, même chez les nègres, et adhérant d'une manière intime aux organes sous-jacents (muscles, tendons, cartilages, os). Le plus souvent, elles sont indélébiles, et ce caractère est d'une ressource précieuse dans les recherches d'identité.

Bien que le tissu cicatriciel soit toujours identique, quelle que soit la nature de la solution de continuité qui l'a produit, les cicatrices présentent des différences assez sensibles, suivant qu'elles ont été faites par un instrument piquant, tranchant, contondant, une arme à feu, une brûlure ou une maladie.

1° Cicatrices des plaies faites par un instrument tranchant, piquant ou contondant. — Elles ont toujours une forme *linéaire* ou *elliptique* plus ou moins allongée suivant le degré d'élasticité de la peau, son degré de tension, la laxité du tissu cellulaire sous-cutané, et la forme plus ou moins convexe des parties sous-jacentes (Martel).

La forme *linéaire* s'observe surtout dans les coupures, les entailles, les plaies par instruments *tranchants;* la forme *elliptique*, lorsque la cicatrice a une direction *perpendiculaire* à celle des tissus qui ont été divisés. Les cicatrices des *plaies contuses* ressemblent beaucoup à celles des plaies avec perte de substance, faites par un instrument tranchant : elles sont déprimées, circonscrites par des bourrelets plus ou moins saillants, et affectent souvent une forme circulaire.

2° **Cicatrices des plaies par armes à feu.** — Quand le coup de feu a été tiré à balle et à distance, la cicatrice a la forme d'un disque parfait, avec dépression au centre, tension de la peau de ce centre à la circonférence, et adhérences intimes aux tissus sous-jacents. — Si le coup de feu a été tiré à brûle-pourpoint, la cicatrice est toujours enfoncée, à bords irréguliers et entourée d'une sorte de tatouage indélébile, dû à l'incrustation des grains de poudre non brûlés dans le derme.

3° **Cicatrices des brûlures.** — Comme nous l'avons vu plus haut, elles sont en général irrégulières, plus ou moins difformes, plus ou moins gênantes selon le siège, l'étendue et la profondeur de la brûlure : en général, les brûlures faites par un liquide bouillant ou un corps en ignition appliqué rapidement, produisent une cicatrice large et irrégulière. — Les caustiques solides produisent des cicatrices circonscrites, profondes et déprimées au centre.

Au point de vue du pronostic, les cicatrices résultant des brûlures peuvent être extrêmement graves, déterminer des difformités hideuses, compromettre certaines fonctions importantes, comme celles de la vue par *ectropion;* une salivation continuelle par le renversement de la lèvre inférieure; une rétraction des doigts ou des membres, capable de rendre la marche impossible.

4° **Cicatrices morbides.** — Il est très important de ne pas confondre les cicatrices dues à un accident, à une blessure avec celles qui peuvent résulter d'une maladie ou d'un traitement chirurgical (application de vésicatoires, de cautères, de sétons etc.). — Le siège de cicatrices dans certaines régions, comme les aines, le cou, l'aisselle, le trajet de la glande parotide, devra faire soupçonner une ancienne affection syphilitique ou scrofuleuse. Enfin quelques affections de la peau, telles que l'acné et certaines dartres, laissent après elles des cicatrices blanchâtres qu'on pourrait confondre avec des cicatrices de petites blessures.

Nous avons vu précédemment que la *date* d'une cicatrice se reconnait à sa coloration plus ou moins pâle, que sa teinte rosée du début dure trois mois environ, et qu'à une époque avancée, il est impossible de dire en quelle année

elle a été produite. Suivant Tourdes, l'examen microscopique peut seul donner quelques indications. « Si la cicatrice est récente, dit-il, elle contient encore des éléments globuleux ; les cellules ne sont pas encore toutes allongées et transformées en fibres. Si elle est ancienne, au contraire, tout est fibre; le tissu connectif condensé forme la substance nodulaire ».

DES BLESSURES CONSIDÉRÉES QUANT A LEUR SIÈGE.

En dehors de la gravité des blessures en elles-mêmes, on doit aussi tenir compte de leur siège, c'est-à-dire de la région atteinte, en raison des complications que peut entraîner la structure anatomique des parties lésées.

A. **Blessures à la tête.** — La gravité de ces blessures provient moins de l'étendue et de la nature de la lésion apparente, que de la commotion que le choc a pu communiquer au cerveau, contre-coup pouvant provoquer soit des accidents cérébraux très graves (perte de connaissance, coma, convulsions, etc.), soit des hémorrhagies, avec toutes les conséquences des épanchements sanguins dans la substance cérébrale.

La lésion peut être limitée au *cuir chevelu* ou intéresser le *crâne* lui-même et l'*encéphale*.

a. **Cuir chevelu.** — Les *contusions* simples sont les blessures les plus bénignes; elles peuvent s'accompagner de bosses sanguines avec décollement du péricrâne, selon que l'instrument a agi perpendiculairement ou obliquement.

L'examen attentif de ces *bosses sanguines* peut donner certains renseignements sur la nature de la violence qui les a produites : une bosse sanguine d'une *étendue* considérable indique un choc contre un plan large, modérément résistant comme le sol, ou un coup appliqué obliquement avec une grande violence; une *petite* tumeur indique une violence appliquée directement avec un instrument peu volumineux (marteau, bâton, etc.). Quand il existe une fracture, la tumeur correspond toujours au point frappé. (Félizet.)

Les *plaies* à bords nets du cuir chevelu peuvent être

produite aussi bien par des instruments tranchants ou piquants que par des instruments contondants, de gros projectiles de guerre ou des roues de voitures. Suivant Félizet, qui a étudié tout particulièrement cette question (*Recherches anatomiques sur les fractures du crâne*), on doit considérer dans une plaie de cuir chevelu : 1° son *étendue*, une plaie très large, quand elle ne coexiste pas avec une fracture à grand fracas, permet de supposer une force agissant obliquement sur le crâne ; — 2° sa *forme :* les plaies *rectilignes* sont produites en général par un instrument tranchant, mais peuvent l'être aussi par des instruments contondants ; une plaie *en trou* indique généralement une violence directe appliquée sur une petite surface ; une plaie *en étoile* résulte également d'une violence directe, mais sur une surface plus étendue ; — 3° sa *profondeur* : la plaie peut être superficielle ou intéresser le cuir chevelu tout entier ; le peu de profondeur de la plaie n'exclut nullement la possibilité d'une fracture ; — 4° sa *position*, qui au point de vue médico-légal peut donner de précieux renseignements : une plaie *parallèle* à la lésion de la boite osseuse (fracture, fêlure, enfoncement) indique une violence directement appliquée sur le crâne ; l'*absence* de parallélisme indique que le coup a été obliquement dirigé. — Suivant Legrand du Saulle, de toutes les plaies de tête, les plus graves sont les plaies *contuses*, en raison des décollements, des délabrements parfois considérables qui en résultent, et surtout des complications qu'on observe du côté de l'encéphale, au moment même où la plaie du cuir chevelu est complètement guérie.

b. **Crâne et cerveau.** — Les *contusions* et les *plaies* des os du crâne sont graves surtout par les conséquences inflammatoires qui en résultent parfois. Un instrument *tranchant* qui enlève une partie de la table externe, sans pénétrer profondément, peut entrainer un pronostic sérieux, parce que le travail d'exfoliation, de suppuration et de réparation peut être très long, sans compter les chances de complications du côté du cerveau. Un instrument *piquant* qui traverse la boite crânienne peut déterminer des lésions d'autant plus graves qu'il est difficile de diagnostiquer exactement l'étendue et les limites de la blessure. Aussi la mort

est-elle presque toujours le résultat des lésions de ce genre, soit immédiatement, soit consécutivement à des complications cérébrales.

Les *fractures* proprement dites du crâne résultent en général d'une violence beaucoup plus considérable qu'on ne serait tenté de le croire (Félizet). L'expert, pour déterminer la nature du corps vulnérant, l'intensité de la violence et la situation de la victime par rapport au corps vulnérant, devra étudier avec soin : 1° La *forme* de ces fractures, qui, suivant Félizet, consistent soit dans un *grand fracas*, soit dans une *fêlure irradiée*, soit dans un *enfoncement circonscrit*. — Le *grand fracas* résulte d'un choc violent agissant sur une large surface (écrasement sous une voiture, chute d'un lieu élevé, explosion de mine, etc.). — Les *fêlures irradiées* (fractures par *contre-coup*) sont également le résultat de chocs agissant sur de grandes surfaces, mais moins violemment. — Les *enfoncements circonscrits* indiquent une violence exercée *brusquement*, mais sur une *surface très restreinte*, avec une *intensité considérable* (coup de marteau étroit, balles de pistolet, etc.). — D'après le même auteur, les *fêlures curvilignes limitées à la voûte* ont une grande signification au point de vue de l'arme vulnérante : la production de cette espèce de fêlure suppose un choc brusque et une violence considérable exercée sur une surface très restreinte, c'est-à-dire les conditions générales de la production d'un enfoncement circonscrit. — 2° Le *siége* de la fracture, qui est important à considérer ; il résulte en effet des recherches de Aran : que les fêlures irradiées à l'étage antérieur dépendent presque toujours d'un coup porté sur la région frontale ; — que les fêlures irradiées à l'étage moyen dépendent le plus souvent d'un coup porté sur la région pariétale ; — que les fêlures irradiées à l'étage postérieur dépendent le plus souvent d'un coup porté sur la région occipitale et au-dessus ; — enfin que les chocs sur le vertex produisent des fêlures qui peuvent s'irradier dans tous les sens, mais surtout dans la fosse moyenne (Briand et Chaudé).

Les *projectiles* traversent la boite crânienne en déterminant une lésion osseuse très simple, un trou, mais presque toujours mortel.

c. **Encéphale.** — En dehors des complications que les fractures peuvent provoquer du côté de l'encéphale, ce dernier organe peut être atteint lui-même, et être le siège, par suite de traumatisme, de *contusions*, de *plaies* et d'*épanchements sanguins*. Ces hémorrhagies, qui résultent de la rupture d'un vaisseau intra-crânien, peuvent provoquer la mort subite quand l'épanchement est brusque et considérable, ou une mort lente et graduelle lorsque l'hémorrhagie s'opère lentement. Suivant Legrand du Saulle, dans un cas de mort par hémorrhagie intra-crânienne, le médecin légiste ne doit pas se contenter de constater le fait; il doit rechercher si l'hémorrhagie a été le résultat d'une chute ou d'un coup; — si cette hémorrhagie est traumatique ou spontanée; — enfin si elle est due uniquement au traumatisme, ou s'il n'existait pas préalablement un état morbide capable de la déterminer, comme l'alcoolisme par exemple.

B. **Blessures à la face.** — Les blessures de la face ne présentent pas en général de danger immédiat, mais elles laissent souvent après elles des difformités repoussantes plus ou moins gênantes pour certaines fonctions, comme le resserrement permanent des mâchoires, ou le rétrécissement des narines, surtout à la suite des brûlures graves et des plaies contuses. Les plaies par instruments tranchants guérissent rapidement par première intention.

Du reste, la gravité de la lésion dépend surtout de son siège : ainsi les plaies des *sourcils*, très bénignes en général, déterminent quelquefois une amaurose qui peut apparaître des mois et même des années après l'accident. — Les plaies et les contusions des *paupières* sont peu graves; les brûlures sont plus sérieuses, parce que la cicatrisation peut produire de l'ectropion. Les plaies *pénétrantes* de cette région sont sérieuses, en raison des complications qu'elles provoquent du côté du *globe de l'œil*, et qui peuvent retentir jusqu'à l'encéphale.

Les *contusions* du globe oculaire sont souvent suivies d'accidents graves, tels qu'une cataracte traumatique, l'amaurose, le ramollissement du corps vitré, des hémorrhagies profondes avec décollement de la rétine, des choroïdites antérieures ou postérieures, la luxation du cristallin

ou l'inflammation de l'iris, qui suffisent quelquefois pour amener la perte de la vue, malgré la bénignité apparente de la lésion. Les *plaies* de la *cornée* peuvent avoir pour conséquence l'issue du corps vitré et du cristallin; enfin la section des *tendons* des muscles de l'œil peut déterminer un strabisme plus ou moins complet.

Les contusions du *nez* ne présentent en général aucune gravité; elles peuvent se compliquer de fracture de la lame criblée de l'ethmoïde ou des os propres du nez. Ces derniers se consolident en quinze ou vingt jours. — L'*ablation* complète du nez, en dehors de la question de difformité, entraine la perte de l'odorat.

Tardieu insiste particulièrement sur les plaies avec lésion du nez, surtout dans les cas de plaies par instruments piquants ; elles sont souvent suivies d'accidents cérébraux inflammatoires extrêmement sérieux, parfois même mortels.

Les blessures de la paroi antérieure des *sinus frontaux* ne présentent aucun danger; celles de la paroi postérieure constituent de véritables lésions du crâne et peuvent devenir très graves. Les blessures des sinus frontaux s'accompagnent souvent d'un emphysème considérable, plus menaçant en apparence qu'en réalité.

Les blessures de l'*oreille*, en dehors des cas de fractures du crâne, sont à craindre seulement dans les cas d'épanchement sanguin dans la caisse du tympan ou dans les cellules mastoïdiennes, épanchement qui peut occasionner une surdité plus ou moins persistante. L'ablation du pavillon de l'oreile n'entraine pas la surdité, mais diminue la sensibilité du sens de l'ouïe.

Les blessures de la *bouche* sont presque toujours produites par des armes contondantes et surtout par des armes à feu; dans ce dernier cas, les désordres, toujours sérieux et considérables, sont dus aussi bien à l'action du projectile qu'à la déflagration de la poudre et à la pression des gaz qui font éclater la cavité buccale ; la guérison s'accompagne presque toujours de cicatrices plus ou moins hideuses. — Les plaies des *joues* et surtout des *lèvres* se guérissent rapidement; il en est de même des plaies de la *langue*, dont l'ablation partielle et même presque complète

ne constitue pas une gêne considérable pour la mastication, la déglutition, et la perception des saveurs (Louis).

C. **Blessures au cou.** — En général, ces blessures sont dangereuses, à cause de l'importance des nerfs, des vaisseaux et des organes de cette région. Une *contusion* violente de la partie cervicale postérieure peut déterminer une commotion ou une contusion de la moelle et du cerveau; une *fracture* ou une *luxation* de l'atlas ou de l'axis peut amener la mort immédiate par compression du bulbe; une *blessure* de la même région par un instrument *piquant* peut traverser ou couper la moelle et causer la mort. — Une contusion de la région cervicale antérieure peut produire la suffocation ou une fracture du larynx, de l'os hyoïde ou du cartilage thyroïde.

Les *plaies* du cou, qu'elles soient le résultat d'un meurtre ou d'un suicide, sont presque toujours transversales, et leurs bords présentent un écartement généralement considérable, par l'action du muscle peaucier qui tire en haut la lèvre supérieure et en bas la lèvre inférieure. La gravité de ces plaies dépend de l'importance des organes atteints : elles sont promptement mortelles quand elles intéressent les gros troncs artériels (tronc brachio-céphalique, carotide primitive, carotide interne ou externe); les plaies des veines, relativement moins à craindre au point de vue des hémorrhagies, déterminent la mort par *introduction de l'air dans les veines*. — Les plaies de la *trachée* et de l'*œsophage* peuvent compromettre sérieusement la vie. Quand le conduit aérien est seul divisé et dans toute son épaisseur, le bout inférieur se rétracte en dedans, l'air ne peut plus pénétrer, et le malade peut mourir suffoqué. — La section isolée des principaux *troncs nerveux* (grand sympathique, pneumo-gastrique) est rare et peut produire la mort (Briand et Chaudé). La section du nerf récurrent détermine l'aphasie. — Les plaies des régions *sus-claviculaires*, surtout par instrument piquant, peuvent avoir comme résultat une hémorrhagie foudroyante, un anévrysme de l'artère sous-clavière, des paralysies de l'épaule, et tous les accidents des plaies pénétrantes de poitrine (Legrand du Saulle).

D. **Blessures à la poitrine.** — Leur gravité varie suivant

qu'elles intéressent seulement les parois thoraciques ou les organes qu'elles contiennent, c'est-à-dire selon que la plaie est pénétrante ou non pénétrante.

Les plaies **non pénétrantes** (plaies par instrument piquant) sont en général peu dangereuses, elles se réunissent rapidement par première intention; les hémorrhagies s'arrêtent facilement, excepté dans les cas de plaies étroites avec lésion d'une artère intercostale. Les contusions et les plaies contuses sont plus sérieuses, à cause du retentissement et des complications qu'elles peuvent provoquer du côté des organes thoraciques. — Les fractures de *côtes* simples sont relativement bénignes; les fractures comminutives sont plus dangereuses parce que les fragments peuvent léser les poumons ou le cœur, ou provoquer des hémorrhagies graves. Les fractures des côtes supérieures sont aussi plus graves que celles des côtes inférieures. — Les fractures du *sternum* sont dangereuses dans les cas de déplacement des fragments qui peuvent blesser les organes internes.

Les plaies **pénétrantes** sont généralement beaucoup plus sérieuses que les précédentes et souvent mortelles, en raison des organes qui peuvent être intéressés (poumons, cœur, œsophage, gros vaisseaux, canal thoracique, diaphragme, etc.).

Les *plaies du poumon* sont graves surtout dans les cas où il y a lésion d'un gros vaisseau avec hémorrhagie abondante, qui se fait quelquefois en même temps dans la plaie et dans les bronches, de là une dyspnée plus ou moins grave et des hémoptysies souvent mortelles. — L'entrée de l'air dans la cavité pleurale est relativement peu grave, l'air finit par se résorber; la présence d'un corps étranger dans la plèvre est souvent sans gravité, mais détermine presque toujours des douleurs plus ou moins persistantes.

Les *hernies* du *poumon*, assez rares du reste, ne présentent pas un danger sérieux.

D'une façon générale, les plaies du poumon se reconnaissent : 1° à l'hémoptysie ou expectoration d'un sang rutilant et spumeux ; — 2° à l'issue par la plaie extérieure d'un sang de même aspect; — 3° aux caractères des mou-

vements respiratoires qui font entendre un bouillonnement particulier, dû au mélange de l'air de la cavité pleurale avec le sang ; — 4° à l'existence d'un pneumo-thorax dans les cas d'occlusion de la plaie.

Les blessures du *péricarde*, lors même que le cœur n'est pas atteint, peuvent amener la mort, soit par épanchement péricardique, soit par inflammation de cette membrane.

Les plaies du *cœur* ne sont pas fatalement et immédiatement mortelles, à moins que l'organe ne soit largement ouvert ; dans les cas où la plaie est petite et obliquement dirigée, le blessé peut vivre quelques jours : ainsi, sur vingt-neuf cas recueillis par Ollivier et Samson, vingt-sept fois la mort n'est survenue qu'après un intervalle de quatre à vingt-huit jours. Ajoutons enfin qu'il n'existe dans la science qu'un cas de guérison de plaie du cœur (Legrand du Saulle).

Sur cinquante-quatre cas de blessures des différentes cavités du cœur, Taylor a trouvé les résultats suivants :

Le ventricule droit a été atteint.....	29 fois.
Le ventricule gauche.....	12
Les deux ventricules.....	9
L'oreillette droite.....	3
L'oreillette gauche.....	1
	54 fois.

Il a constaté en outre que les plaies du ventricule droit sont non seulement les plus fréquentes, mais aussi les plus rapidement mortelles.

Les plaies des *gros vaisseaux* (aorte, veines-caves, artères ou veines pulmonaires, veine azygos, canal thoracique) sont aussi graves et presque toujours mortelles.

Les plaies de l'*œsophage*, dans sa portion thoracique, déterminent la mort par le passage des matières alimentaires dans le médiastin ou la plèvre, et les phénomènes d'inflammation qui en résultent du côté de ces cavités.

Les plaies du *diaphragme* qui peuvent survenir dans les plaies pénétrantes de la poitrine ou de l'abdomen sont essentiellement graves : 1° en raison des lésions des or-

ganes thoraciques ou abdominaux qui les accompagnent ordinairement ; — 2° parce que, même après une guérison complète en apparence, il peut survenir un étranglement de l'estomac ou des intestins herniés à travers la plaie, étranglement qui peut se terminer par la mort (Legrand du Saulle). Les *ruptures* du diaphragme, produites par contusion au moment de la distension de l'estomac et des intestins, sont encore plus graves ; les organes abdominaux viennent faire hernie dans la cavité thoracique et déterminent des accidents rapidement mortels, soit en s'étranglant à travers l'ouverture du diaphragme, soit en comprimant brusquement les poumons.

E. **Blessures du rachis.** — Les contusions simples ne présentent aucune gravité ; les contusions violentes, avec ébranlement de tout l'organisme, peuvent déterminer des fractures, des luxations des vertèbres, compliquées d'hémorrhagies intra-rachidiennes, de contusions ou d'élongation de la moelle, toutes lésions extrêmement sérieuses. Legrand du Saulle appelle l'attention du médecin expert sur les particularités suivantes : 1° Les fractures des vertèbres déterminent souvent des paralysies secondaires, qui peuvent survenir longtemps après l'accident, et qui résultent de la compression de la moelle par un cal exubérant. — 2° Les hémorrhagies méningées, intra-rachidiennes déterminent quelquefois la mort par l'accumulation du sang dans le fourreau médullaire et la compression consécutive du bulbe. — 3° Dans les cas d'éboulement de terrain, de chocs sur une grande partie du rachis, de chutes sur les fesses ou les membres inférieurs, il peut y avoir commotion de la moelle suivie de mort ou de paralysie passagère, sans lésion matérielle du tissu nerveux. — 4° Dans les cas de flexion et surtout d'extension forcée de la colonne vertébrale par la chute d'un corps lourd sur le dos, il peut survenir des accidents paraplégiques très graves, susceptibles de se guérir rapidement, et qui sont dus vraisemblablement à une élongation de la moelle. — 5° La direction à peu près horizontale des apophyses épineuses, au cou principalement et aux lombes, explique la plus grande fréquence des plaies pénétrantes du rachis dans ces deux régions.

F. **Blessures à l'abdomen.** — On les divise, comme pour le thorax, en plaies *non pénétrantes* et en plaies *pénétrantes*.

Plaies non pénétrantes. — Les blessures des *parois abdominales* peuvent avoir des conséquences très sérieuses même avec les apparences les plus bénignes, et sans que les parois de l'abdomen présentent la moindre trace d'une lésion quelconque. C'est ce qu'on observe par exemple dans les cas de coups violents appliqués sur le ventre (coups de pied, coups de poing) ; l'abdomen parait absolument intact ou ne présente que des traces insignifiantes, et l'individu succombe à une péritonite aiguë. On observe des accidents extrêmement graves, principalement dans les cas de contusion ou de plaies contuses de l'abdomen, par exemple à la suite du passage d'une roue de voiture sur le ventre ; quelquefois même, on trouve à l'autopsie soit de vastes déchirures des intestins, des ruptures du foie ou de la rate, soit des épanchements de sang rapidement mortels, sans aucune lésion apparente des parois abdominales. Legrand du Saulle appelle l'attention sur certains épanchements sanguins qui surviennent dans l'épaisseur même des muscles de l'abdomen pendant le cours de la fièvre typhoïde (Labuze). Il ne faudrait pas confondre ces *hématomes* de la gaine du muscle grand droit de l'abdomen avec un épanchement traumatique ; l'examen du tissu musculaire permettra d'éviter l'erreur ; dans le cas d'hématome, les muscles et les artères sont altérés et dégénérés, ce qui n'existe pas dans les épanchements traumatiques. De même, on a observé quelquefois la *mort subite*, dans la convalescence de la fièvre typhoïde (Dieulafoy) ; on pourrait dans ce cas prendre pour une mort naturelle un crime, un empoisonnement commis sur un malade convalescent de cette maladie.

Les *plaies* non pénétrantes de l'abdomen sont simples en général ; elles laissent seulement une prédisposition à la formation de hernies. Ajoutons cependant qu'une blessure de l'*artère épigastrique* peut déterminer une hémorrhagie rapidement mortelle.

Plaies pénétrantes. — Elles sont généralement très graves, en raison de l'importance des organes qu'elles peu-

vent léser, et surtout à cause du péritoine, qui s'enflamme avec une facilité extrême. Aussi Legrand du Saulle recommande-t-il de ne pas trop explorer à l'aide d'instruments (stylet, sonde, etc.) les plaies de ce genre : on risquerait de rendre pénétrante une plaie qui ne l'est pas.

La question de savoir si un *coup violent* appliqué dans le bas ventre peut déterminer la *mort subite* a été soulevée en 1877 à propos de l'affaire Billoir ; suivant G. Bergeron, cette mort subite a été observée dans certains cas de coups reçus sur la région épigastrique, mais il n'existe pas un seul fait authentique de mort subite survenue dans les conditions indiquées par Billoir.

Les blessures des *gros vaisseaux* (aorte , veine cave inférieure, etc.) donnent lieu à des hémorrhagies rapidement mortelles.

Les blessures de l'*estomac* sont d'autant plus graves qu'elles sont plus voisines du cardia ou du pylore, que l'estomac est plein, ou que la commotion a été plus violente. La mort survient presque toujours par épanchement des matières alimentaires dans le péritoine, avec péritonite suraiguë consécutive ; c'est la terminaison presque constante. Percy, sur vingt cas de plaies de l'abdomen avec lésions de l'estomac, n'a observé que quatre ou cinq guérisons. Ajoutons que, si la mort est fréquente, elle n'est pas instantanée.

Les plaies des *intestins* présentent les mêmes dangers que celles de l'estomac : épanchement de gaz ou de matières dans le péritoine, péritonite suraiguë et mort rapide. Le danger est d'autant plus grand que la plaie est située plus près du commencement du tube digestif. Dans les cas où les intestins viennent faire hernie à travers la plaie, on peut craindre la formation d'un anus contre nature.

Les *plaies* et les *ruptures du foie*, qui intéressent en même temps la veine-porte ou la veine-cave inférieure, déterminent la mort instantanée (Legrand du Saulle) ; dans les cas de rupture de la *vésicule biliaire*, des *conduits hépatiques* ou du *canal cholédoque*, la mort peut survenir au bout de quarante-huit heures ou même plus tard, par suite de péritonite. Ces diverses lésions se produisent quelquefois

à la suite d'une violence extérieure ou d'une forte commotion, sans que les parois abdominales présentent la moindre apparence de lésions.

Les plaies et les ruptures de la *rate* sont toujours très dangereuses, quelquefois mortelles, en raison des hémorrhagies considérables qui en résultent; un fait assez intéressant, c'est qu'elles ne provoquent souvent que des symptômes insignifiants ou nuls; le malade peut marcher, rentrer chez lui, et il meurt le lendemain ou le surlendemain (Legrand du Saulle).

Les ruptures des *reins* sont généralement mortelles lorsqu'elles siègent à la partie antérieure de l'organe, où se trouvent le bassinet, les uretères et les gros vaisseaux; à la partie postérieure, elles sont moins graves, parce que le péritoine n'est pas intéressé; les plaies, dans ce cas, se guérissent, mais peuvent aussi laisser après elles des fistules urinaires difficiles à guérir.

Les blessures des *voies urinaires (uretères* et *vessie)* peuvent déterminer une péritonite suraiguë rapidement mortelle ou une infiltration d'urine, qui tue moins vite, mais presque aussi surement. La *rupture de la vessie*, complication des fractures du bassin, peut se produire aussi spontanément à la suite de paralysie, d'ulcération ou de ramollissement de cet organe.

L'expert, suivant Legrand du Saulle, devra, en cas d'accident, rechercher s'il n'existait pas un de ces états morbides qui ait pu favoriser la rupture de la vessie.

Ajoutons que, dans les cas de plaies par arme à feu, l'épanchement de l'urine ne se fait souvent que quelques jours après l'accident, quand l'eschare est tombée; le danger dans ce cas est quelquefois conjuré par les adhérences des feuillets du péritoine au niveau du point menacé, ce qui empêche l'urine de se répandre dans le petit bassin.

G. **Blessures des organes génitaux.** — 1° **Chez l'homme.** La section du *cordon spermatique* détermine une hémorrhagie impossible à arrêter (Briand et Chaudé).

Les contusions et les plaies du *scrotum* produisent souvent des *infiltrations* ou des *épanchements* de sang dans la tunique vaginale, et peuvent être plus ou moins graves

suivant la quantité de sang épanché. — Les plaies des *vésicules séminales* peuvent avoir pour conséquence une impuissance absolue ; une plaie superficielle de *pénis* se cicatrise rapidement; une plaie plus profonde, intéressant un des *corps caverneux*, laisse après la guérison une infirmité plus ou moins sérieuse, la cicatrice déterminant la déviation du pénis pendant l'érection. — L'*amputation complète* de cet organe n'est suivie d'impuissance que dans les cas où la section a été faite tout près du scrotum. — Les contusions des *testicules*, en dehors des phénomènes douloureux extrêmement intenses qu'elles provoquent, peuvent être le point de départ d'une inflammation qui nécessite parfois l'amputation d'un des organes ou des deux, et compromet ainsi très sérieusement l'aptitude aux fonctions génératrices.

La *castration* ou ablation du testicule, qu'elle soit pratiquée pour donner à l'individu un timbre de voix particulier ou qu'elle résulte d'une vengeance, dans un accès de jalousie, est considérée comme un crime prévu par le Code pénal :

Art. 316. — Toute personne coupable du crime de castration subira les travaux forcés à perpétuité. Si la mort en est résultée avant l'expiration des quarante jours qui auront suivi le crime, le coupable subira la peine de mort.

Art. 325. — Le crime de castration, s'il a été immédiatement provoqué par un outrage violent à la pudeur, sera considéré comme meurtre ou blessure excusable.

Le crime de castration, au point de vue de la loi, ne comprend pas seulement l'ablation des testicules, mais l'amputation d'un organe quelconque nécessaire à la reproduction, comme l'amputation complète du pénis avec conservation des testicules. La castration opérée sur soi-même est punie seulement dans les cas où elle a été faite pour se soustraire au service militaire.

2° **Chez la femme.** — La castration proprement dite, c'est-à-dire l'ablation des *deux ovaires* chez la femme, n'est guère possible (Morin), vu la gravité de l'opération. Les plaies des *organes génitaux externes* sont peu dangereuses, et se gué-

rissent rapidement. Quelquefois cependant, il peut se produire des hémorrhagies sérieuses et même mortelles; aussi ne devra-t-on jamais négliger d'explorer ces régions, dans les cas où la cause de la mort est inconnue. Les lésions de la *matrice* sont très rares à l'état de vacuité, vu la petitesse et la situation profonde de l'organe; dans l'état de grossesse, l'utérus distendu par le produit de la conception peut être plus facilement atteint par les violences extérieures. Un coup, une chute, un instrument piquant ou tranchant peuvent déterminer des lésions plus ou moins graves pour la mère ou pour l'enfant.

Tardieu insiste spécialement sur les blessures de l'*utérus* par arrachement, et cite des observations dans lesquelles des blessures extrêmement étendues, avec déchirure de la matrice, du péritoine et des intestins, blessures nécessairement mortelles, n'ont pas été suivies de mort immédiate; on a vu la vie persister au delà des limites que semblerait indiquer la gravité des lésions et l'importance des organes blessés.

H. **Blessures des membres.** — Les *plaies* des membres peuvent avoir des conséquences plus ou moins graves, dont les plus importantes à signaler, suivant Legrand de Saulle, sont : 1° les anévrysmes artérioso-veineux du pli du coude, consécutifs aux plaies par instruments piquants, et plus particulièrement aux piqûres de lancette; — 2° les plaies artérielles du poignet et de la paume de la main avec hémorrhagies, parfois si difficiles à arrêter qu'on est obligé de recourir à la ligature de l'artère humérale; — 3° les phlegmons diffus, si fréquents après ces plaies; — 4° les plaies contuses si graves des bourses séreuses, souvent compliquées de phlegmon diffus; — 5° la fréquence relative du tétanos dans les plaies des extrémités ou des articulations.

Nous avons vu précédemment le temps nécessaire pour la consolidation ou mieux pour la guérison *définitive* des fractures des membres, suivant leur siège (voir page 320); nous n'y reviendrons pas.

Les *contusions* et les *luxations* des articulations ne donnent lieu à aucune considération bien spéciale; nous dirons seulement que les contusions du *genou* exigent un long

repos, et peuvent, chez des sujets prédisposés, devenir le point de départ d'une tumeur blanche de l'articulation blessée. Enfin quelquefois, ces contusions laissent des raideurs articulaires plus ou moins persistantes.

Les *plaies* des articulations, sans gravité lorsqu'elles sont simples, peuvent, lorsqu'elles sont étendues, déterminer une arthrite plus ou moins grave, avec tous les dangers d'une longue suppuration, ou la perspective d'une ankylose plus ou moins complète comme guérison.

DE L'EXAMEN JURIDIQUE DES BLESSURES. — MANIÈRE DE CONDUIRE L'EXPERTISE.

Cette question toute pratique a été traitée longuement et de main de maître par Tardieu, dans son *Étude médico-légale sur les blessures* [1] ; nous ne pouvons mieux faire que de résumer en quelques pages ses conseils et ses indications.

« Le rôle de médecin-légiste, dit-il, et la marche qu'il doit suivre dans son expertise, se trouvent définis par les termes mêmes dont se sert le magistrat qui le consulte, et l'expert a pour fonction : 1° de visiter le blessé et de reconnaître l'état où il se trouve ; — 2° de constater la nature des blessures ; — 3° leurs causes ; — 4° les conséquences qu'elles pourront avoir, ou, en cas de mort, de procéder à l'examen du cadavre, déterminer les causes de la mort, et dire si elle est la suite des blessures ; — 5° d'établir les circonstances dans lesquelles les coups ont été portés. »

1° Visite et constatations. — Le médecin, requis pour examiner un blessé encore vivant, devra faire cette visite le plus tôt possible, l'examen étant plus facile avant l'apparition de la tuméfaction ou l'application d'un appareil (Legrand du Saulle) ; mais il devra surtout procéder de façon à ne pas aggraver le mal, et différer les constatations qui pour-

1. *Étude médico-légale sur les blessures, comprenant les blessures en général et les blessures par imprudence, les coups et l'homicide involontaire*, par Ambroise Tardieu. Librairie J.-B. Baillière et fils. 1879.

raient soit réveiller la douleur, soit entraver le traitement commencé.

Après avoir pris connaissance des circonstances qui ont précédé, accompagné ou suivi l'accident, il examinera d'abord les vêtements, en notant leur aspect, les ouvertures qu'ils peuvent présenter, puis les caractères de la blessure, qui sera détaillée aussi minutieusement que possible.

Dans les cas de blessures suivies de mort, on pratiquera l'autopsie, qui seule pourra établir avec certitude que l'individu a bien succombé aux coups dont il était atteint. Nous avons vu précédemment dans quelles conditions officielles les recherches cadavériques doivent être faites, et la manière de procéder (voir p. 298). Tardieu insiste tout particulièrement sur ce point : *examiner toujours et sans exception la totalité des organes.*

2° **Nature des blessures.** — Il faudra déterminer : a. *Quelle est l'espèce de la blessure.* Nous avons vu précédemment à quels caractères on reconnaîtra une contusion, une plaie, une fracture ou une luxation. C'est une question de diagnostic chirurgical qui n'est qu'une application des connaissances générales. — b. *Si la blessure est le résultat d'une cause externe et violente ou d'une cause interne et spontanée.* En général, les luxations et les fractures sont produites par des traumatismes violents ; elles peuvent, il est vrai, survenir spontanément, mais dans des conditions diathésiques ou cachectiques faciles à reconnaître. Les plaies et les solutions de continuité sont presque toujours déterminées par des instruments vulnérants ; on ne peut guère les confondre, à une période très avancée, qu'avec des ulcérations ; mais l'état général du sujet et les commémoratifs permettront de poser facilement le diagnostic. Quant à la contusion, nous avons étudié longuement les caractères de son symptôme pathognomonique, l'ecchymose et les signes qui permettront de la distinguer des extravasations sanguines, résultant de certaines maladies de cause interne, telles que le purpura, le scorbut, l'hémophylie ou l'érythème noueux, etc. — c. Dans le cas où il s'agit d'un cadavre, *établir que la blessure a été faite sur l'individu encore vivant et non après la mort.* Cette question est des plus importantes

en médecine légale, et généralement facile à résoudre avec un peu d'attention. Il ne s'agit ici que des lésions externes, nous verrons plus tard que le même problème se pose à propos de tous les genres de mort violente (empoisonnement, strangulation, pendaison, etc.).

Nous avons vu précédemment que le signe pathognomonique de la *contusion* est l'*ecchymose*, en général très facile à reconnaître : sur le *vivant*, le sang épanché colore la peau en brun ; la peau est épaissie, plus ferme, plus résistante ; le sang épanché est coagulé ; si le blessé a survécu plus de vingt-quatre heures, on constate déjà les colorations variées de l'ecchymose. — Dans la contusion faite *après la mort*, pas d'infiltration sanguine, pas d'épanchement sanguin, ou s'il y en a, le sang n'est pas coagulé ; la peau n'est ni plus épaisse ni plus consistante ; enfin la coloration est partout uniforme.

Les lésions qu'on peut déterminer par des coups appliqués sur le corps *immédiatement* après la mort, suivant Taylor et Devergie, sont tout à fait semblables aux contusions faites pendant la vie. Suivant Christison, Orfila et Tardieu, ces extravasations *post mortem* n'ont rien de commun avec les ecchymoses produites sur le vivant.

Les *excoriations* qui accompagnent souvent ces dernières peuvent être produites, également après la mort, par un choc ou un froissement violent ; mais la surface excoriée, au lieu d'être sanguinolente et d'un rouge plus ou moins vif, est décolorée, sèche et comme parcheminée. (Voir pl. 8, fig. 2).

Les *plaies* faites pendant la vie diffèrent des plaies faites après la mort par les caractères suivants :

Pendant la vie.	*Après la mort.*
1° Lèvres de la plaie gonflées, infiltrées de sang, épaissies, séparées l'une de l'autre par la rétraction du derme ou des tissus sous-jacents ; plus tard, exsudation de lymphe plastique, suppuration ou même gangrène.	1° Lèvres de la plaie molles, non gonflées, rapprochées et non renversées ; ni lymphe plastique, ni suppuration.
2° Hémorrhagie plus ou moins abon-	2° Pas d'hémorrhagie ou hémor-

dante, artérielle, avec infiltration du sang dans les tissus environnants.	rhagie veineuse, sans infiltration dans les tissus environnants : quelquefois on aperçoit la coupe d'une artère volumineuse qui n'a pas donné de sang.
3° Sang coagulé au fond de la plaie ou sur la peau environnante.	3° Pas de sang coagulé.

Dans les *fractures* faites pendant la vie, les extrémités osseuses sont infiltrées de sang, et les muscles qui les entourent sont le siège d'un épanchement sanguin plus ou moins considérable ; sur le cadavre au contraire, les os brisés restent pâles et décolorés.

3° **Des causes des blessures.** — La nature de la blessure une fois bien établie, l'expert aura à déterminer dans quelles conditions matérielles elle s'est produite, quel est l'instrument qui l'a faite, et si l'instrument saisi a pu en réalité déterminer les lésions constatées.

Les causes physiques des blessures peuvent être, suivant Tardieu, rapportées aux modes suivants : *précipitation d'un lieu élevé*, *écrasement*, *moteurs mécaniques*, *accidents* de *chemins de fer*.

Les *précipitations* d'un lieu élevé et les *écrasements* par de lourdes masses peuvent déterminer des désordres intérieurs considérables, des ruptures multiples des viscères (poumons, foie, rate, reins, etc.), sans qu'il y ait aucune trace à l'extérieur.

Les *moteurs mécaniques*, les machines en mouvement produisent des lésions locales plus ou moins vastes, des arrachements, des mutilations quelquefois énormes.

On doit ranger également dans les blessures par arrachement, celles qui sont faites par les dents, les ongles, des coups de croc ou de crochet ; ces diverses causes vulnérantes produisent des plaies plus ou moins profondes, à lambeaux plus ou moins étendus. Les dents et les ongles laissent des traces caractéristiques facilement reconnaissables.

Quant aux *accidents de chemins de fer*, nous les étudierons plus loin.

La détermination de l'*espèce d'instrument vulnérant* qui

a produit la blessure est généralement facile, avec la connaissance approfondie des lésions produites par les instruments *contondants*, *tranchants*, *piquants* ou par les *armes à feu*. Nous n'y reviendrons pas ici.

Les effets produits par les armes à feu ne sont pas exclusivement du domaine du médecin, et souvent les blessures de ce genre exigent l'intervention d'hommes spéciaux, officiers d'artillerie, armuriers, chimistes.

Le tir à *bout touchant*, suivant l'expression de H. Larrey, est extrêmement rare dans le vrai sens du mot; on ne l'observe guère que dans les cas de suicide.

La conflagration des parties atteintes par un coup de feu (brûlure des cheveux, de la barbe, des téguments et même des vêtements) peut soulever des questions médico-légales fort intéressantes, lorsqu'il s'agit de déterminer si l'incendie qui a détruit certaines parties du corps et des vêtements, a pu être le résultat d'un coup de feu, dans le cas de suicide, ou bien si le feu n'a pas été mis, après le meurtre, par le meurtrier intéressé à faire croire à un suicide. Une autre question, non moins importante, est celle de savoir à quelle distance cette conflagration peut avoir lieu. Il résulte des expériences faites en 1859, par Tardieu et une commission nommée par l'Académie de médecine, qu'il n'y a rien d'impossible à ce qu'un coup de feu puisse déterminer l'incendie des vêtements et la brûlure du corps, mais que les faits de ce genre sont d'une rareté véritablement exceptionnelle.

Dans les cas où la justice a entre les mains l'arme qu'elle suppose avoir servi au meurtrier, l'expert doit se prononcer sur la question de savoir si l'arme saisie a pu produire les blessures constatées : il devra examiner comparativement la plaie et l'instrument, et voir s'il y a entre les deux quelque rapport de forme, de dimension, etc. Le problème n'est pas aussi facile à résoudre qu'il le parait au premier abord, car, ainsi que nous l'avons vu plus haut (p. 321), les plaies affectent parfois des caractères tout à fait exceptionnels. Ainsi un instrument piquant peut faire une blessure plus petite que l'instrument lui-même ; — un instrument rond peut déterminer une plaie allongée ; — un instrument con-

tondant produit parfois une plaie nette et régulière, comme un instrument tranchant; — d'autres fois au contraire, une lame effilée, un sabre, un couteau, feront dans des parties lâches et épaisses, des plaies à bords mâchés, contus et à angles mousses, comme les instruments contondants. — Les armes à feu elles-mêmes produisent des plaies qui peuvent tromper au premier abord; Tardieu cite des cas où la plaie produite par un grain de plomb ressemblait à une piqûre. Olivier (d'Angers) a vu une section nette de l'aorte produite par deux grains de plomb. Les blessures peuvent d'ailleurs être déformées par certaines circonstances, comme l'inflammation, le travail de la cicatrisation, et enfin la mort, qui fait disparaître certains phénomènes de coloration et, en relâchant les tissus, change les dimensions ou la situation des organes blessés.

Tardieu appelle également l'attention de l'expert sur certaines particularités difficiles à apprécier dans la pratique, et qui échappent aux règles ordinaires : par exemple, les cas de blessures attribuées à tort à l'action d'une arme quelconque, et qui résulteraient simplement d'un choc ou d'une chute accidentelle; ces cas s'observent assez fréquemment dans les rixes, où les fractures peuvent être attribuées soit à une chute dans une lutte corps à corps, soit à des coups directement portés.

4° **Des conséquences des blessures.** — C'est un des points les plus importants de l'expertise médico-légale, car les conséquences d'une blessure en déterminent le degré de criminalité, et servent de base à la réparation pénale ou civile.

Tardieu les divise en conséquences *immédiates* et conséquences *secondaires*, conséquences *directes* et conséquences *indirectes*.

L'appréciation des conséquences *immédiates* d'une blessure dépend : 1° de l'*état local* de la plaie, dont la gravité varie suivant l'étendue, la profondeur et la multiplicité des lésions; — 2° de l'*état général*, suivant que l'organisme a été plus ou moins ébranlé par la cause vulnérante; suivant qu'il y aura eu ébranlement du système nerveux avec perte de connaissance, ou hémorrhagie plus ou moins considérable, ou état

fébrile, etc. Il faut enfin prévoir la mort à échéance plus ou moins rapprochée.

Les conséquences *secondaires* qui peuvent être la suite d'une plaie sont : 1° Une *incapacité de travail personnel* plus ou moins longue ; cette incapacité de travail personnel, suivant Tardieu, ne doit pas être admise seulement pour les individus qui exercent une profession ou un travail bien défini (ouvriers, manœuvres, journaliers, etc.), mais aussi pour ceux qui ont des occupations sédentaires, ou même qui n'exercent aucune profession. « L'expert, dit-il, doit examiner le blessé au point de vue de l'intégrité de ses fonctions, de la liberté de ses mouvements et du trouble apporté à son genre de vie habituel, quel qu'il soit. L'existence et la durée de ce trouble réalisent les conditions de maladie et d'incapacité posées par la loi. » — 2° Les *infirmités* qui, suivant leur durée passagère ou permanente et leur gravité, servent de base à la réparation civile du dommage causé par la blessure. Suivant Tardieu, l'infirmité est essentiellement constituée par l'impossibilité de reprendre les travaux professionnels. L'expert devra donc tenir grand compte de la nature de la profession, et de l'aptitude que peut conserver le blessé à en exercer une autre. — 3° La *mort*, qui peut survenir comme conséquence ultime des blessures. Le rôle de l'expert sera d'établir qu'il y a eu un rapport de cause à effet entre la blessure et cette terminaison fatale.

Le problème à résoudre est même plus compliqué, et le médecin légiste aura à établir que la maladie, l'infirmité ou la mort a été la conséquence *directe* ou *indirecte* de la blessure. Cette question est fort importante, car, selon le précepte de Fodéré : « Tout ce qui ne dépend pas proprement de la nature de la blessure ne saurait être imputé à son auteur. » La gravité primitive d'une plaie ou d'une blessure peut être en effet aggravée par certaines circonstances tout à fait indépendantes de la lésion elle-même.

Ces circonstances sont de trois espèces : les *complications*, les *conditions individuelles* et les *conditions générales*.

A. Les *complications* qui peuvent influer sur les conséquences des blessures sont relatives : 1° au *siège anatomi-*

que des blessures; nous avons vu précédemment la gravité que peuvent acquérir les violences extérieures suivant le siège de la lésion ; — 2° à la *nature de la blessure ;* les complications varient suivant l'espèce de blessure : dans les *contusions*, il faut redouter la commotion nerveuse et les paralysies locales; dans les *plaies par instruments piquants*, le danger est dans les hémorrhagies consécutives et les anévrysmes faux consécutifs; dans les *blessures par armes à feu*, ce sont des déchirures profondes, des douleurs névralgiques extrêmement tenaces, quelquefois même incurables; dans les *fractures*, l'expert devra établir une différence entre une fracture résultant d'un coup directement appliqué et celle qui est le résultat d'une chute indirectement ou accidentellement produite dans une rixe ou une lutte; il devra, dans ce dernier cas, s'attacher à démontrer que la fracture n'est bien qu'une conséquence indirecte de la rixe; — 3° enfin aux *complications générales*, telles que l'érysipèle, la fièvre purulente, la gangrène, qui peuvent survenir même ns les cas de blessures légères.

B. Les conditions *individuelles* qui peuvent avoir une influence directe ou indirecte sur les conséquences des blessures sont : l'*âge*, la *constitution* et l'*état de santé antérieur*.

L'âge. — Nous étudierons dans un chapitre à part les faits qualifiés *sévices* et *mauvais traitements*, dont les enfants sont plus particulièrement victimes de la part de leurs parents ou de leurs maîtres.

La constitution, l'état de santé antérieur ou *actuel* du blessé doivent être pris en sérieuse considération. L'expert devra tenir compte de certaines conditions morbides qui, comme la scrofule et le rachitisme, peuvent entraver la guérison des blessures ou les aggraver, telles que la phthisie pulmonaire dans les cas de plaie de poitrine, ou une hernie dans les contusions de l'abdomen.

A cette occasion, Tardieu insiste tout particulièrement sur l'*ivresse*, qui complique singulièrement les blessures et peut être une cause de mort rapide ou subite. Il n'est pas rare de voir un homme ivre succomber à la suite d'une rixe, non par le fait direct de la blessure, mais par les lé-

sions que produisent les excès alcooliques, c'est-à-dire une double apoplexie pulmonaire et méningée. Devergie a également signalé cette cause déterminante de la mort rapide, et l'a observée quatorze fois sur quarante cas. Aussi, d'après les conseils de Ch. Roesch, l'expert doit-il toujours s'informer si le blessé n'était point adonné à la boisson, ou s'il ne se trouvait pas ivre au moment de l'accident; car cet état d'ivresse peut modifier plus ou moins les conséquences de la blessure, et surtout les résultats au point de vue de la responsabilité criminelle ou d'une action civile ultérieure.

Suivant Devergie, voici les altérations anatomiques qu'on observe constamment, dans ces cas : « le cerveau, les poumons, le cœur, sans offrir d'altération locale, limitée, circonscrite, présentent au contraire un état de plénitude générale du système vasculaire, des vaisseaux, des membranes du cerveau, des principaux troncs vasculaires veineux qui se rendent au cœur, ainsi qu'une coloration rouge ou rouge brique plus ou moins foncée du tissu pulmonaire. » Tardieu a vu en outre, dans certains cas, la congestion cérébrale se compliquer d'une hémorrhagie, non dans la substance cérébrale, mais dans la cavité séreuse de l'arachnoïde ou des ventricules.

C. Les *conditions générales*, comme le *climat*, la *saison*, peuvent influer d'une façon plus ou moins directe sur les conséquences des blessures. Il y a rarement lieu de les prendre en considération. Il n'en est pas de même du *traitement suivi* ou du *défaut de soins*, car les conséquences d'une blessure peuvent être absolument différentes, suivant qu'elle aura été bien ou mal soignée. Le rôle de l'expert est ici fort délicat, car il aura à apprécier le mode de traitement suivi par un confrère, et à indiquer dans quelles limites ce traitement, plus ou moins contraire aux règles de l'art, a pu influer sur la marche, la terminaison et les conséquences de la blessure.

5° **Circonstances dans lesquelles les blessures ont été faites.** — Après avoir étudié les blessures en elles-mêmes, et bien déterminé leurs caractères et leurs causes, l'expert doit rechercher dans quelles conditions ces lésions ont été faites et donner la solution des questions suivantes :

A. **A quelle époque remonte la blessure?** — Ce point a une grande importance pour les blessures récentes, lorsqu'il s'agit d'établir l'identité d'un individu soupçonné d'avoir pris part à un meurtre, et qui a pu être blessé dans la lutte. Pour les blessures anciennes, la question est presque insoluble.

En général, les *contusions* ne deviennent apparentes qu'au bout de deux, trois et quatre jours ; elles tardent d'autant plus qu'elles sont plus profondes. Nous avons vu précédemment comment on peut déterminer la date d'une contusion par les changements de coloration de l'ecchymose ; généralement, une contusion a disparu du 10e au 20e ou 25e jour, rarement davantage.

Pour les *cicatrices*, nous avons indiqué dans un chapitre spécial les caractères qui permettront d'indiquer approximativement leur âge (voir p. 33, 34).

B. **Dans quelle position relative du blessé et de l'agresseur les coups ont-ils été portés ?** — Pour résoudre cette question, souvent d'une importance capitale, l'expert devra considérer : a. Le *siége de la blessure ;* la blessure peut avoir été faite par un coup, porté directement en avant ou en arrière, par un individu placé dans la position correspondante ; elle peut encore, dans une lutte à bras-le-corps, être faite dans le dos par une personne placée en avant. Les coups portés par la main droite de l'agresseur qui fait vis-à-vis à sa victime, atteignent celle-ci au côté gauche de la tête ou du corps ; d'autres fois, des blessures multiples existent sur un seul côté du corps, particularité qui indique que vraisemblablement l'individu a été frappé pendant son sommeil. — b. La *direction*, la *forme* et les *caractères de la blessure ;* ces diverses indications varient suivant la nature de l'arme : elles ont peu de valeur quand il s'agit d'un *instrument contondant ;* une importance un peu plus sérieuse pour les *instruments tranchants*, qui produisent des plaies généralement en rapport avec l'arme employée (voir p. 321). Les plaies par *instruments piquants* donnent plus sûrement la position relative du blessé et de l'agresseur, le trajet de la blessure indiquant clairement la direction du coup, et par suite la situation de celui qui a frappé.

Les plaies par *armes à feu*, comme nous l'avons vu plus haut (p. 330), ne présentent pas des caractères absolument identiques et varient suivant les cas; nous nous contenterons d'ajouter que le trajet du projectile ne donne pas toujours des indications concluantes sur la direction du coup et la position du tireur, puisque ces projectiles peuvent dévier et suivre les directions les plus singulières et les plus imprévues. — c. L'*état des vêtements* peut donner des renseignements utiles sur la position respective de la victime et de l'agresseur ; l'expert devra rapprocher des plaies les solutions de continuité des vêtements, et noter les différences de niveau ou d'obliquité qu'elles présentent. — d. La *position du cadavre* est un indice d'une grande valeur : en général, la chute du corps a lieu en avant ou en arrière, suivant que le coup a été porté par devant ou par derrière ; quelquefois cependant, un coup de feu au front détermine la chute sur la face. — e. Les *taches* qu'on trouve sur les vêtements de la victime, sur ceux de l'accusé, ou les objets trouvés en sa possession, peuvent fournir certaines preuves de culpabilité ; aussi l'expert ne doit jamais négliger cet examen, qui exige certaines connaissances chimiques ou microscopiques. Ce point particulier sera l'objet d'un chapitre spécial (Voir la partie *toxicologique*).

C. **Dans quel ordre les blessures ont-elles été faites?** — Suivant Tardieu, cet ordre de succession, qui pourrait servir à reconstituer la scène de violence, n'est pas toujours aisé à déterminer. Il est difficile de donner sur ce point des règles générales, et l'expert devra se guider d'après les circonstances du fait en lui-même, circonstances qui peuvent varier à l'infini : il aura à examiner la gravité relative des blessures, leur siège comparé avec la position occupée par le cadavre, les plaies trouvées sur les mains de la victime, qui annoncent une résistance et ont évidemment précédé les blessures mortelles, dans le cas de plaies multiples; celles qui ont été faites pendant la vie et celles qui sont postérieures à la mort; enfin l'état de l'instrument vulnérant, qui peut être tordu, épointé, brisé, etc., etc.

D. **Certains actes ont-ils pu être accomplis par la victime après les blessures reçues?** — C'est-à-dire le blessé

a-t-il pu crier, parler, marcher, courir ou survivre pendant un temps plus ou moins long ? Il faut tenir compte avant tout de l'organe lésé. Les faits démontrent que, sur ce point, il ne faut pas s'en rapporter aux données scientifiques, et que certains actes peuvent être accomplis, même avec des lésions très étendues et nécessairement mortelles des organes que l'on considère comme indispensables à la vie, et dont les blessures sembleraient devoir entraîner la cessation immédiate de toutes les fonctions, tels que le cerveau, la moelle, le cœur. Tardieu a vu un individu atteint de plaies du cœur, et un autre d'une blessure de la carotide, parcourir une certaine distance dans la rue. Nous avons dit plus haut que les mutilations énormes d'autres organes, comme l'arrachement de la matrice, avec lésions des intestins, la rupture du diaphragme avec broiement de la rate, ne déterminent pas la mort instantanée et permettent l'accomplissement de certains actes.

E. **Existe-t-il des traces de résistance ou de lutte ?** — On doit les rechercher sur la victime et sur l'accusé. Sur la *victime*, qui a essayé de parer les coups avec les mains et les bras, le siège des blessures est caractéristique : on les trouve sur le bord externe de l'avant-bras, sur les mains, sur les doigts, qui sont parfois coupés entièrement par l'arme meurtrière ; quelquefois le blessé tombe à terre, et l'on constate aux genoux et aux jambes des excoriations ou des contusions. — Sur l'*accusé*, on trouvera le plus souvent des coups d'ongles, des égratignures au visage et sur les mains, des morsures aux doigts, des taches de sang, des coups de pieds dans le ventre, quelquefois des traces d'armes naturelles dont la victime s'est servie pour se défendre.

F. **Les blessures doivent-elles être imputées à plusieurs individus ou à un seul ?** — C'est une des questions les plus délicates auxquelles ait à répondre l'expert; la direction des poursuites dépendra en effet de ses conclusions, suivant qu'il aura reconnu que le meurtre est l'œuvre d'un seul individu ou de plusieurs. Tardieu avoue que sur ce point il est difficile de poser des règles générales; les circonstances qui peuvent donner quelques indications

sont : le défaut de résistance de la victime, qui aurait pu lutter sans peine contre l'agresseur ; l'absence de toute trace de lutte peut laisser supposer qu'il y a eu des complices ; — la diversité des blessures, qui suppose l'emploi d'armes différentes et par suite le concours de plusieurs personnes ; mais ici l'erreur est facile, parce que des armes de forme particulière peuvent laisser des traces irrégulières, difficiles à saisir.

G. **Les coups ont-ils été portés par une personne très vigoureuse et par une main exercée ?** — Cette question est fréquemment posée au médecin expert, qui devra tenir compte : de l'étendue et de la profondeur de la lésion, comparée à la nature de l'arme employée ; — de la lourdeur de l'instrument contondant opposée à ses effets plus ou moins violents ; — de l'étendue et de la profondeur des plaies indiquant la force avec laquelle a été manié l'instrument piquant ou tranchant. « Quant à l'individualité, ajoute Tardieu, elle peut être décélée par la spécialité de l'arme appartenant à telle ou telle profession ; le sabre ou la baïonnette du soldat, l'outil de l'artisan, le tranchet de cordonnier, le compas du charpentier, le burin du ciseleur, la lime ou la fraise du serrurier, l'espèce de projectile lancé par une arme à feu, plomb de chasse du braconnier ou du garde, bourre de nature particulière. » Quelquefois, le siège et la forme des blessures, la section plus ou moins nette et régulière des tissus peuvent indiquer une main véritablement exercée, comme on a pu le constater dans l'affaire de Barré et Lebiez, étudiant en médecine.

Enfin l'expert a souvent à décider s'il y a eu meurtre ou suicide ; le diagnostic n'est pas toujours facile à établir : suivant Fodéré, « les cadavres des individus suicidés auraient les muscles du visage contractés, le sourcil froncé, l'œil hagard ; leur attitude exprimerait le désespoir. Chez l'individu assassiné, au contraire, les muscles seraient dans un relâchement complet et la physionomie porterait l'empreinte de l'épouvante. » Ces caractères sont loin d'être constants, car on a vu des individus préparer leur mort avec le plus grand calme, et leur visage n'exprimer nullement le désespoir.

Des sévices et des mauvais traitements exercés sur des enfants. — Cette question, selon Tardieu, mérite au point de vue médico-légal une étude à part, en raison de la multiplicité des faits et des questions qu'elle peut soulever, en raison de l'âge et de la constitution des blessés, de la diversité des agents vulnérants, de la nature très variable des lésions, et de leurs conséquences toujours graves. Les faits de ce genre ne sont malheureusement pas rares et se multiplient tous les jours; quelques-uns même sont tellement horribles, d'une cruauté tellement atroce et invraisemblable, qu'on se demande s'il n'y a pas là une sorte de folie, surtout lorsqu'il s'agit de la conduite d'un père ou d'une mère vis-à-vis de son enfant.

Les victimes les plus ordinaires sont de très jeunes enfants; Tardieu a observé sept fois des enfants au-dessous de cinq ans, dont cinq encore à la mamelle; — sept fois des enfants de cinq à dix ans; — quatre de onze à quatorze ans. Quant aux auteurs des violences, sur trente-deux cas, vingt-quatre fois les mauvais traitements étaient l'œuvre des parents; — onze fois des père et mère réunis; — huit fois de la mère seule; — cinq fois du père; — quatre fois d'une marâtre; — quatre fois d'un instituteur et une fois d'une maîtresse d'apprentissage.

Sur trente-deux cas, la mort a été dix-huit fois la conséquence des mauvais traitements, et elle est survenue soit à la suite d'une violence isolée qui, en toute autre circonstance, aurait amené la mort (fracture du crâne, luxation des vertèbres cervicales, suffocation); — soit par le seul fait des mauvais traitements, sans blessure nécessairement mortelle; — soit enfin par le défaut de soins, les privations de toutes sortes, qui, jointes aux sévices, ont déterminé un épuisement, une altération profonde de la constitution dont la mort a été le dernier terme.

« Les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants, dit Tardieu, sont extrêmement variés, et il est impossible d'en prévoir les formes et les instruments divers. Depuis les coups portés avec les mains, les soufflets, les coups de poing, les coups de pied, de souliers ou de sabots, la fustigation avec des verges, des baguettes, jus-

qu'aux coups de bâton, de corde, de fouet, de fourche, d'épines, de pelle, de pincette, on peut rencontrer les contusions de toute espèce d'instruments vulnérants. On voit encore des enfants jetés à terre, tirés en tous sens, pincés, déchirés. Mais ce n'est pas seulement à l'aide de ces moyens directs en quelque sorte que les enfants sont maltraités. Ils sont soumis à des privations de tous genres : défaut de soins, alimentation insuffisante ou grossière, séquestration dans des lieux obscurs, dans d'étroits cachots, manque d'exercice, exposition au froid ; enfin les tortures poussées à l'extrême consistent en brûlures répétées à l'aide de fers rougis, de charbons ardents, de liquides corrosifs, mutilations, écrasement des doigts, arrachement des cheveux et des oreilles, étouffement par l'introduction violente d'une trop grande quantité d'aliments ; enfin, souillures de toute sorte qui vont jusqu'à l'ingestion forcée des excréments. »

Les traces que laissent ces mauvais traitements son également multiples ; ce sont : des ecchymoses, des meurtrissures, des excoriations disséminées sur la surface du corps, mais siégeant surtout au visage, sur les membres, et ayant la forme significative des doigts, des ongles, des clous de souliers ou des talons de botte ; — des meurtrissures rougeâtres provenant de pincements ; — des vergetures linéaires produites par des coups de verge, de baguette, de lanière ou de corde ; — des plaies de tête ; — des fractures ; — des oreilles déchirées, arrachées ; — des brûlures à différents degrés produites par des corps chauffés au rouge ou des liquides corrosifs ; — des empreintes plus ou moins profondes dues au contact prolongé de liens, ou des déformations persistantes, dues à la position forcée des membres des victimes enfermées dans un caveau étroit, une niche ou une boite.

Les enfants soumis à ces tortures ont une physionomie caractéristique : « ils sont généralement pâles, d'une maigreur extrême, parfois squelettique, offrant tous les caractères d'une décrépitude précoce. Ils présentent quelquefois de la bouffissure, de l'œdème en certaines parties. Les traits de leur visage respirent la tristesse ; ils sont timides et

craintifs, souvent hébétés et l'œil éteint, plus souvent au contraire d'une intelligence hâtive qui ne s'exprime que par le feu sombre du regard. »

Les individus accusés de mauvais traitements à l'égard des enfants (maîtres d'apprentissage ou parents), ne manquent jamais d'attribuer les contusions que l'on constate sur le corps à des chutes, que l'enfant aurait faites en jouant, ou à des chocs accidentels. Le médecin expert doit se tenir en garde contre ces excuses habituelles, et bien établir dans ses conclusions que les lésions observées sont bien en réalité le résultat de mauvais traitements.

BLESSURES PAR IMPRUDENCE ET HOMICIDE INVOLONTAIRE.

Nous avons vu précédemment les articles du Code pénal qui ont trait à cette question (voir p. 312).

Tardieu les divise en onze catégories :

1° Les blessures et homicides survenus dans les manœuvres ou dans les convois des chemins de fer ;

2° Les accidents causés par des voitures ;

3° Les lésions produites par les éboulements de terrain ou de construction ;

4° Les blessures résultant d'une chute faite d'un lieu élevé, soit dans l'exercice d'une profession spéciale, soit dans toute autre circonstance ;

5° Les blessures déterminées par le choc d'un corps lourd ;

6° Les désordres produits par les machines industrielles, moteurs mécaniques, etc. ;

7° Les brûlures résultant, soit d'une imprudence dans le travail de certaines fabriques, soit du contact accidentel d'une substance corrosive ;

8° Les blessures par coup de feu ;

9° Les blessures par incendie, explosion de gaz, de vapeur ou de matières explosibles ;

10° Les coups produits par des projectiles imprudemment lancés ou des chocs accidentels divers ;

11° Enfin, les blessures que peuvent faire les animaux domestiques, chevaux, chiens, bétail mal gardé.

D'une manière générale, les blessures produites par ces diverses causes ne diffèrent pas, en tant que lésions traumatiques, de celles du même genre qui peuvent survenir dans toute autre circonstance; mais, au point de vue médico-légal, elles donnent lieu à certaines considérations intéressantes.

Dans l'appréciation médico-légale des blessures par imprudence, l'expert aura à tenir compte des conditions individuelles dans lesquelles est survenu l'accident, à savoir : 1° l'*âge*, surtout chez les enfants, lorsqu'il s'agit d'établir jusqu'à quel point l'avenir de l'enfant peut être compromis par suite de l'accident dont il a été victime; — 2° le *sexe*, certains états physiologiques, comme la menstruation, la lactation, la grossesse, peuvent être influencés d'une façon plus ou moins sérieuse par un accident, une blessure quelconque; — 3° la *constitution;* — 4° l'*état de maladie* antérieur, qui peut être aggravé par l'accident ou influencer plus ou moins directement la marche des lésions accidentelles; certains *états diathésiques*, l'alcoolisme et le diabète, causes puissantes de déchéance organique, qui peuvent donner un caractère de gravité exceptionnelle à des blessures légères en elles-mêmes (Gallard); il en est de même des *infirmités antérieures*, qu'il ne faut pas confondre avec les traces laissées par l'accident lui-même, par exemple, dans le cas de fracture d'une jambe qui a été déjà brisée autrefois, où il s'agit d'établir si la claudication ou la difformité est due au premier ou au second accident; — 5° la *profession*, l'expert aura à déterminer si la blessure permettra au blessé de continuer sa profession, s'il ne sera pas forcé de l'abandonner pour en prendre une moins lucrative, si même il sera dans l'impossibilité de se livrer à aucun travail manuel. L'indemnité à payer devra évidemment varier suivant l'une ou l'autre de ces probabilités.

A. **Blessures et homicides par imprudence dans les chemins de fer.** — Les accidents de chemins de fer ne sont malheureusement que trop fréquents et souvent terribles : de 1854 à 1869 ils se sont élevés au chiffre de 50563, ainsi repartis : accidents ayant occasionné la mort ou des blessures, 14564; accidents n'ayant occasionné ni mort ni blessures, 35999.

Au point de vue des faits en eux-mêmes, on doit distinguer les accidents qui se sont produits dans les manœuvres à l'intérieur des gares ou dans les ateliers, et ceux qui surviennent dans les trains en marche.

a. **Accidents de manœuvre ou de travail.** — Ceux qui se produisent dans les ateliers ne présentent rien de caractéristique, et rentrent dans la catégorie des accidents professionnels. Les accidents qui surviennent pendant les manœuvres qu'exige le mouvement des gares (déplacement des voitures, formation des trains, remisage, réparation des machines ou des roues, travaux sur les voies, etc.) sont dus à des causes spéciales, et la responsabilité en retombe sur les Compagnies, bien que le plus souvent ils soient imputables aux victimes elles-mêmes; en dehors des contusions, des écrasements, des fractures simples ou comminutives, des plaies contuses, de l'ablation d'un ou plusieurs doigts, on observe plus particulièrement chez les *hommes d'équipe* des coups de tampon, des compressions plus ou moins violentes du corps par une machine ou des wagons ; ces accidents déterminent ordinairement des contusions profondes, dans lesquelles les parois thoraciques ou abdominales peuvent être absolument intactes, mais les viscères sont souvent intéressés. La douleur, très vive au moment de l'accident, peut disparaître rapidement, mais les organes (foie, reins, rate, etc.) restent sensibles; les mouvements du tronc, la marche même sont gênés ou impossibles pendant des semaines ou des mois. Quelquefois surviennent des accid nts plus graves : affaiblissement des parois abdominales avec hernies consécutives, paralysie plus ou moins complète de la vessie, du rectum ou des membres inférieurs; déchirures internes (estomac, intestins). — Les *chauffeurs* et les *mécaniciens* sont exposés à des brûlures très étendues, et particulièrement dangereuses par les fuites de vapeur. — Les ouvriers employés aux terrassements, aux travaux de la voie, les cantonniers, les aiguilleurs, sont souvent surpris par des machines, des trains en manœuvre ou en marche, et fournissent des cas nombreux de blessures très graves ou de mort par imprudence.

b. **Accidents de marche.** — Ces accidents sont beau-

coup plus importants, parce qu'ils atteignent en général plusieurs personnes à la fois, et ils prennent souvent les proportions de véritables catastrophes publiques.

Les accidents qui surviennent dans les trains de grande vitesse sont généralement plus graves que les autres, et entrainent de plus grands malheurs. Quant aux lésions en elles-mêmes, elles sont extrêmement variables ; ce sont : des plaies contuses et des *excoriations* de la tête, du visage, du nez, du front, des *contusions* des membres inférieurs avec infiltration sanguine, entorses, épanchements articulaires, notamment aux genoux : lésions dues à l'entrechoquement des voyageurs les uns contre les autres, au moment de l'arrêt brusque d'un train tamponné ou déraillé ; — des *fractures* siégeant principalement aux membres inférieurs et dues au même mécanisme ; fractures multiples et comminutives du crâne, de la colonne vertébrale, du bassin ou des côtes ; — des *écrasements* de toute espèce, dans les cas où les voitures sont brisées ou renversées les unes sur les autres ; — la *mort* subite ou rapide par la violence du coup ; — quelquefois des *brûlures* qui atteignent surtout les chauffeurs et les mécaniciens, quand la chaudière met le feu aux wagons. — En dehors de ces lésions extérieures, il se produit souvent en même temps des désordres intérieurs, des troubles intellectuels plus ou moins profonds, un sentiment de terreur invincible, de la céphalalgie, des bourdonnements dans la tête, l'altération du sens de l'ouïe, quelquefois des palpitations, de l'agitation, de l'insomnie, toutes lésions qui peuvent persister plus ou moins longtemps. — Les femmes disent presque toujours dans ces cas, que leurs règles se sont arrêtées depuis cette époque, à laquelle elles rapportent toute espèce d'accidents, de troubles peu faciles à constater et dont l'expert devra se défier.

Au point de vue des conséquences ultérieures, les lésions primitives des accidents de chemin de fer, ou la commotion violente éprouvée à cette époque, peuvent déterminer des complications graves du côté des organes internes, et surtout des centres nerveux (paralysies des membres, affaiblissement progressif physique et intellectuel, quelquefois paralysie générale).

B. **Blessures et homicides produits par les accidents de voitures.** — Les accidents de voitures sont très fréquents à Paris, surtout depuis la création de certaines compagnies d'assurances, qui permettent aux conducteurs de voitures, moyennant une légère redevance annuelle, de ne plus craindre les poursuites en dommages-intérêts qu'on leur intentait autrefois.

Les lésions sont généralement sans gravité; celles dont la fréquence domine, pour ainsi dire, l'histoire médico-légale de cette catégorie de blessures sont les *fractures :* ainsi, sur cent seize observations recueillies par Tardieu, il y avait quatre-vingt-un cas de fractures. Celles-ci peuvent être simples ou comminutives avec plaie et écrasement qui retardent singulièrement la consolidation. — Après les fractures, les lésions traumatiques les plus fréquentes, causées par les chevaux ou les voitures, sont les *contusions* siégeant sur les points les plus variés du corps. Leur gravité dépend surtout de leur siège ; celles de la poitrine peuvent avoir pour conséquence immédiate des crachements de sang.

En général, les lésions produites par les accidents de voitures sont multiples : la tête, le tronc, les membres peuvent être intéressés en même temps; on peut trouver à la fois des plaies, des contusions, des fractures et des luxations; quoique la secousse soit beaucoup moins violente que dans les accidents de chemin de fer, il peut en résulter cependant des troubles généraux immédiats ou consécutfs, tels que des douleurs générales, de la céphalalgie, des bourdonnements d'oreilles, des paralysies avec atrophie musculaire, des désordres profonds des organes internes, à la suite d'une compression violente de la poitrine ou du ventre. Ajoutons enfin que, dans des cas exceptionnels, les accidents de voiture, qui semblaient devoir être suivis des conséquences les plus graves, ne déterminent aucune lésion.

C. **Lésions produites par les éboulements accidentels.** — Les éboulements rentrent en général dans le groupe des accidents professionnels, et atteignent les ouvriers terrassiers travaillant dans les carrières, les maçons occupés aux démolitions, ou les habitants d'une maison dans le cas d'effondrement du bâtiment. Les lésions que détermine ce genre

d'accident sont : des blessures mortelles, soit par suite de fractures du crâne ou de la colonne vertébrale, qui sont parfois absolument broyés ; soit par suffocation, et l'on trouve les individus littéralement étouffés sous la masse des décombres ; on observe à l'autopsie les signes caractéristiques de la suffocation (ecchymoses ponctuées à la surface du cœur et des poumons) ; — des blessures qui ne sont pas mortelles immédiatement, mais toujours très graves, comme des fractures des membres et des côtes : ces dernières sont souvent multiples, peuvent se compliquer d'inflammation ou d'épanchements traumatiques des plèvres, et sont particulièrement sérieuses ; — quelquefois de simples contusions, mais qui ne sont pas moins à redouter que les fractures, en raison de leur profondeur et de leur étendue ; dans certains cas, ces contusions déterminent du côté de la moelle un contre-coup, qui peut avoir pour conséquence des paraplégies plus ou moins persistantes ; — enfin des plaies sur diverses parties du corps et notamment à la tête.

D. **Accidents résultant d'une chute faite d'un lieu élevé.** — Ces accidents sont loin d'être rares, et sont aussi fréquents que les accidents de voitures. Ils sont en général moins souvent l'occasion de procès en responsabilité, parce qu'ils sont ou volontaires, ou le résultat de la maladresse de la victime ; aussi se rattachent-ils souvent au suicide ou aux blessures en général.

Les victimes de ces chutes sont les ouvriers dits du bâtiment, maçons, couvreurs, peintres, etc., qui tombent du haut d'un échafaudage ou d'une échelle.

Les blessures qu'on peut observer sont : des plaies de tête, plus ou moins contuses, plus ou moins graves ; des fractures du crâne qui peuvent être suivies de mort immédiate ; — des lésions de la moelle épinière, intéressée plus ou moins directement dans une contusion ou une fracture de la colonne vertébrale, avec paraplégie consécutive ; — des fractures des membres, simples ou compliquées de plaies contuses ; — des contusions plus ou moins profondes, particulièrement les contusions des grandes articulations (genoux, épaules), qui sont suivies d'arthrites souvent diffi-

ciles à guérir; — la rupture des ligaments du genou ou de l'articulation tibio-tarsienne dans les chutes sur les pieds.

E. **Blessures déterminées par la chute d'un corps lourd.** — Ces accidents sont fréquents dans certaines professions : les carriers, les tailleurs de pierre, les maçons, qui peuvent être atteints par une pierre qui tombe; les vidangeurs, les tonneliers, les marchands de vin, que renverse un tonneau plein; un homme de peine qui reçoit une caisse lourdement chargée, etc.

Ces masses plus ou moins énormes peuvent déterminer des lésions autrement graves, tuer sur le coup en broyant la tête, en écrasant la poitrine ou le ventre. En dehors de ces cas mortels, on a observé des fractures simples ou compliquées d'un ou de plusieurs membres, des contusions des reins ou des articulations, des paralysies locales consécutives à certaines contusions profondes.

F. **Blessures produites par les machines et moteurs mécaniques.** — Ces accidents professionnels sont extrêmement fréquents. Ainsi, d'après un travail de M. Loiset, dans l'espace de cinq ans, de 1847 à 1852, cent vingt établissements industriels ont fourni ensemble à l'hôpital Saint-Sauveur de Lille 390 blessés, sur lesquels les blessés provenant des ateliers munis de machines à vapeur figurent pour 321. Ces accidents sont presque toujours dus à l'imprudence des ouvriers, qui en conviennent rarement et les attribuent à la mauvaise disposition des appareils, ou à la nature du travail, dont sont responsables les patrons. De là des actions en dommages-intérêts, des procès, des demandes d'indemnités qui se présentent presque toujours dans les mêmes conditions.

Les causes les plus ordinaires sont : « le choc des roues de volée et des arbres de transmission, qui ne sont ni bien recouverts, ni suffisamment garantis, ni placés dans des ateliers assez spacieux; — les engrenages multipliés qui existent entre les divers rouages des machines et des moteurs et qui, s'ils ne sont pas exactement recouverts et protégés, peuvent au moindre faux mouvement saisir le bout du doigt, puis, par une force irrésistible d'entraînement, la main et le bras tout entier; — le nettoiement des métiers

sans arrêt préalable de la machine ; — l'usage de vêtements trop larges, qui donnent prise aux engrenages ; — le déplacement ou le replacement des courroies sur la poulie qui fait mouvoir l'arbre de transmission pendant que la machine est en marche. »

G. **Brûlures accidentelles.** — En dehors des brûlures par la vapeur ou le feu dans les accidents de chemins de fer, ces brûlures peuvent résulter soit d'une imprudence dans le travail de certaines fabriques, par exemple dans les fonderies de métaux ; — soit du contact accidentel d'un liquide plus ou moins corrosif ou simplement en ébullition, comme dans les distilleries, les sucreries, les brasseries, les teintureries, les savonneries, où les ouvriers sont journellement exposés à des chutes dans des chaudières de liquides bouillants.

H. **Blessures par coups de feu.** — Les blessures accidentelles par coup de feu n'offrent rien qui les distingue des blessures volontaires du même genre, sauf qu'elles se produisent presque toujours dans les mêmes circonstances : à la chasse, ou dans le maniement maladroit des armes à feu, et surtout par suite de cette déplorable habitude qu'on a de mettre en joue un fusil qu'on ne croit pas chargé. Il peut en résulter des blessures plus ou moins graves et souvent la mort.

I. **Blessures accidentelles par incendie et explosion de gaz, de vapeurs ou de matières explosibles.** — Les *incendies simples* déterminent sur l'organisme, dans son ensemble, des effets de combustion constants et présentant une analogie vraiment remarquable, suivant Tardieu. Le premier est la *rétraction considérable des tissus*, la *diminution de volume de toutes les parties molles* (chair musculaire, poumons, cœur, reins, canal intestinal). Siébold fait remarquer que les parties molles qui recouvrent le corps, commencent par rôtir plus ou moins longtemps, suivant l'embonpoint du sujet, jusqu'à ce qu'elles soient complètement carbonisées ; les tissus ainsi brûlés garantissent pendant un temps plus ou moins long les organes sous-jacents, ce qui permet de les retrouver parfois dans un *état de conservation* inattendu, et de pouvoir constater l'état des viscères

s lésions qu'ils peuvent présenter. Cette parti-
importance dans le cas où le meurtrier, pour
ime, a essayé de détruire le cadavre par le feu.
oute que cette rétraction des tissus pourrait
à certaines erreurs : ainsi le cœur d'un adulte
ıx proportions du cœur d'un enfant de 10 à 12 ans. Suivant M. Brouardel, on peut éviter cette erreur en pesant le cœur ; on trouve dans ce cas que, malgré les apparences, le cœur a peu perdu de son poids. Les os eux-mêmes diminuent de volume, et, dans certaines expériences de Bischoff, ils étaient tellement raccourcis qu'ils offraient des dimensions deux ou trois fois moindres que dans l'état normal ; aussi, dans la recherche des débris plus ou moins informes retirés d'un foyer de combustion, doit-on fouiller toutes les masses charbonneuses, dans l'épaisseur desquelles on peut retrouver un organe intact et fort important pour la reconnaissance de l'identité.

Quelques organes résistent d'une manière étonnante aux effets de la combustion, par exemple les *poils*, qui, même sur des surfaces complètement carbonisées, sont encore adhérents et très facilement reconnaissables. Dans les cas où la chaleur agit lentement, sans action directe de la flamme, la *chair musculaire* est comme momifiée et parcheminée ; il en est de même du *cœur*, des *poumons* et des autres viscères. — Le *sang* présente l'aspect particulier du suif solidifié et coloré au carmin, dont on se sert pour faire les injections anatomiques ; il remplit complètement les artères et le cœur. Suivant M. Brouardel, cet aspect du sang n'est pas constant; quelquefois, le sang reste fluide. La *substance cérébrale* a les apparences d'une masse blanche, analogue à du riz de veau mal cuit, et traversée par des vaisseaux dont la solidification du sang indique nettement le trajet. — L'état du *squelette* est des plus intéressants à étudier ; outre le dessèchement, la rétraction du tissu, la diminution de longueur et de volume, le système osseux présente souvent des *fêlures*, des *fractures*, dont il est très important de déterminer l'origine et les caractères spéciaux, c'est-à-dire, d'indiquer si ces lésions ont été produites par des violences criminelles ou par l'action du feu. Il est malheureu-

sement impossible, dans l'état actuel [illegible] de donner des indications d'une valeur abs[illegible] des expériences faites à l'occasion du p[illegible]œrlitz : 1° que les os longs, brisés dans leur co[illegible] sont tous obliquement, et qu'au delà de la frac[illegible]ssu osseux est complètement réduit en charbon; [illegible] les os plats sont secs et très cassants, parfois [illegible], raccourcis et réduits à l'une des lames externe o[illegible] interne. Dans les cas de fissures, celles-ci n'intéressent en général que l'une des tables de l'os, et la fracture ne pénètre pas toute l'épaisseur. Pour le crâne, la chaleur détermine souvent l'éclatement de la boite osseuse. — Les *cartilages* et les *dents* résistent beaucoup plus que les parties osseuses.

Ajoutons enfin que, dans les incendies, le corps peut rester intact, l'individu étant mort asphyxié par la vapeur ou la fumée qui se dégage du foyer de combustion. C'est ce que l'on observe dans les cas d'incendie par la conflagration de certaines substances explosibles, comme le pétrole ou le gaz.

Les *explosions de produits chimiques* (coups de mine, picrates, matières fulminantes, obus, etc.) peuvent donner lieu aux plaies les plus graves et les plus étendues, à des délabrements de tout le corps, des dilacérations telles qu'on ne retrouve plus que des lambeaux informes, des débris, des fragments de cadavres projetés à des distances quelquefois considérables.

Suivant M. Brouardel, les signes classiques qui permettent d'affirmer que la brûlure a été faite pendant la vie (rougeur de la peau, phlyctène, cercle rouge autour de la vésicule), sont loin d'avoir une valeur absolue : ainsi la phlyctène peut manquer dans les derniers moments de la vie chez les personnes épuisées; d'un autre côté, on peut obtenir des phlyctènes soit immédiatement après la mort (Wright), soit sur un cadavre infiltré, pendant la rigidité et la putréfaction (Leuret, Champouillon); enfin le liseré rouge peut également faire défaut dans certains cas. — Aux signes précédents, généralement admis comme preuves de brûlures faites avant la mort, M. Brouardel en ajoute deux autres : les caractères du sang des *vaisseaux* à l'analyse

spectroscopique, et l'examen microscopique du sang des *poumons*.

Le sang des vaisseaux se charge d'une *certaine quantité d'oxyde de carbone*, facilement reconnaissable par ses caractères spectroscopiques. Quant aux poumons, ils présentent une *coloration d'un rouge vif* caractéristique, due à la diffusion de la matière colorante du sang; les globules sanguins sont détruits, réduits à l'état de corpuscules sphériques de 2 à 3 millièmes de millimètre de diamètre; ils sont entassés les uns sur les autres, et forment un bloc d'apparence granuleuse sans trace de fibrine. Ces deux caractères, de nature essentiellement vitale, c'est-à-dire produits par les actes mêmes de la vie (absorption de l'oxyde de carbone, coloration du tissu pulmonaire), etc., prouvent que la victime a vécu, qu'elle a respiré dans le foyer de l'incendie; on ne les observe pas dans les cas où la mort a précédé l'incendie. M. Brouardel fait remarquer que ces deux caractères font également défaut dans les cas d'incendie avec explosion de matières détonantes (fulminates, feu grisou, etc.); le sang présente les réactions du sang ordinaire, et l'examen au spectroscope ne révèle pas la présence de l'oxyde de carbone. Cette particularité tient à ce fait que la victime n'a pas respiré dans le foyer de combustion. L'explosion détermine instantanément une telle élévation de température que la vie est immédiatement impossible. Pour que l'oxyde de carbone se retrouve dans le sang, il faut que la respiration ait pu se faire pendant quelques instants dans le foyer de l'incendie. Cette donnée pourrait trouver son application dans le cas de survie, la présence ou l'absence de l'oxyde de carbone permettant en effet de dire, de plusieurs victimes mortes dans des conditions identiques, quelle est celle qui a succombé après les autres. — Enfin, dans les cas d'incendie avec explosion, un autre fait peut indiquer que la victime vivait au moment de l'accident : c'est la présence de *brûlures dans les premières voies aériennes* (bouche, langue, larynx, trachée, bronches); dans ces cas, dit M. Rianbault, « on peut supposer que l'ouvrier, au moment où il était plongé dans la flamme, était en train de faire une inspiration; ou bien on peut ad-

mettre que l'air contenu dans les poumons de l'ouvrier, faisant partie de l'atmosphère explosible, s'enflamme comme elle par continuité. »

Suivant Casper, le diagnostic d'une brûlure sur le cadavre est généralement facile : devant un cadavre brûlé jusqu'à être méconnaissable, on peut affirmer que la combustion a eu lieu après la mort, parce que l'organisme vivant ne peut ni rôtir ni se carboniser. Il est plus difficile de dire si la carbonisation a été consécutive à la mort causée par l'action de la chaleur, ou si l'on a fait brûler le corps pour cacher un crime.

J. **Blessures produites par des projectiles imprudemment lancés ou des chocs accidentels divers.** — Ces projectiles, lancés avec la main, une fronde, une sarbacane, sont le plus ordinairement des pierres, des cailloux, une balle, une bille, une toupie ou tout autre jouet d'enfant, qui atteignent presque toujours les yeux. — Les lésions produites sont ordinairement des contusions du globe oculaire, avec douleur plus ou moins vive et épanchement de sang, et qui, dans certains cas, peuvent être suivies d'affaiblissement ou de perte de la vue, et donnent lieu à une action en dommages-intérêts.

K. **Blessures accidentelles faites par les animaux domestiques.** — Nous avons vu en partie cette question à propos des maladies communiquées (voir p. 213). Le plus souvent, il s'agit de blessures faites par des taureaux, des bœufs échappés et furieux, des coups de pied donnés par des chevaux, des ânes, des mules, des morsures faites par des chiens ou d'autres animaux domestiques.

Les cas les plus fréquents sont les *morsures* faites par des chevaux ou des chiens; le plus ordinairement, les dents du cheval atteignent les membres supérieurs, principalement l'avant-bras, et déterminent des plaies des parties molles compliquées de broiement des os, la blessure est double et occupe les deux côtés opposés du membre. En général, ces blessures sont longues à cicatriser, et laissent souvent après elles des déformations, avec une gêne plus ou moins marquée des mouvements, et surtout l'atrophie des muscles. Ajoutons que la blessure peut se compliquer de tétanos ou

de fièvre purulente. Les morsures de chiens sont généralement moins graves, et déterminent de petites plaies qui se guérissent rapidement.

RÈGLES A SUIVRE DANS LES EXPERTISES MÉDICO-LÉGALES CONCERNANT LES BLESSURES PAR IMPRUDENCE. — Suivant Tardieu, le médecin expert peut être consulté dans trois circonstances : pour une *expertise correctionnelle*, une *expertise civile* ou une *expertise réclamée dans un intérêt privé*.

a. **Expertise correctionnelle.** — L'expert, appelé à une époque très rapprochée de l'accident, aura à constater l'état des blessures, suivant les règles indiquées plus haut pour les blessures en général; il devra en même temps, dans certains cas, déterminer si ces blessures accidentelles ne peuvent pas être imputées à une intention criminelle, par exemple dans les cas de chute d'un lieu élevé avec mort, et qui pourrait être pris pour un homicide.

b. **Expertise civile.** — L'expert en général n'intervient ici que longtemps après l'accident, plusieurs semaines, plusieurs mois, quelquefois même plusieurs années après; dans ce cas, il n'a pas à s'occuper de la blessure en elle-même, mais des suites qu'elle a pu avoir, des difformités ou des infirmités passagères ou durables qu'elle a laissées après elle, et des dommages qui en ont été la conséquence. Dans les cas d'accidents anciens, pendant l'enquête à laquelle il doit se livrer, le médecin légiste est souvent aidé par une commission de deux ou trois médecins, désignés par le tribunal, et qui font comparaître contradictoirement devant eux le blessé et l'auteur de l'accident, seuls ou assistés de leurs avoués et de leurs hommes d'affaires. Tardieu recommande, dans ces conditions d'enquêtes solennelles, la plus grande prudence et la plus grande circonspection dans l'examen du malade. « Jamais, dit-il, la sagacité de l'expert ne devra être plus en éveil et plus pénétrante, car, il faut bien le répéter, dans aucun genre d'affaires on ne cherchera plus obstinément ni plus communément à la mettre en défaut. » Il conseille surtout d'y mettre le temps, et de ne pas craindre de multiplier les visites. Quelquefois même, ces examens réitérés ne suffisent pas, et le médecin légiste aura besoin de certaines expériences qu'il doit indiquer et entreprendre.

c. **Expertise faite dans un intérêt privé.** — Dans les cas où l'expert est consulté dans un intérêt tout à fait privé, par exemple lorsque l'auteur d'un accident le prie d'aller examiner la personne blessée, il ne doit procéder à l'examen de cette dernière qu'autant que celle-ci y consent.

Tardieu fait enfin une dernière recommandation : c'est de ne jamais trancher la question du chiffre de l'indemnité. Elle n'est pas du ressort du médecin, parce qu'elle est trop complexe, et qu'il faut tenir compte non seulement de la gravité de la blessure en elle-même, mais de la situation sociale du blessé, et de l'auteur de l'accident : par exemple, si le blessé est célibataire ou marié, s'il a des enfants, si l'auteur des coups est riche ou pauvre, s'il n'a que son salaire pour vivre, etc. Dans ces circonstances, il s'est fait une règle absolue de ne jamais répondre, et conseille à ses confrères d'en faire autant. Il fait une exception pour les médecins des grandes compagnies qui, suivant lui, peuvent servir d'intermédiaire entre le blessé et l'administration responsable de l'accident.

DU SUICIDE.

Législation. — La loi française n'édicte aucune peine contre le suicide.

La mort volontaire tend à devenir de plus en plus fréquente en France. Il résulte, en effet, des *Comptes rendus de l'administration de la justice criminelle en France*, qu'en cinquante ans le nombre des suicides a plus que triplé : de 1826 à 1830, il était en moyenne de 1739; — de 1870 à 1876, il s'est élevé à 5089; en 1874, il est même monté à 5617, le maximum atteint jusqu'à présent.

Les conditions qui peuvent avoir une influence sur la fréquence du suicide sont :

1° *Le milieu social.* — Les suicides sont plus fréquents dans les villes que dans les campagnes. Ainsi, dans l'année 1875, les habitants des villes figurent pour 46 0/0. — Le département de la Seine a le triste privilège de participer, pour près du sixième ou du septième, au nombre total des

suicides en France. Paris est enfin la ville du monde où le suicide est le plus fréquent (Legoyt).

Il est à remarquer que les départements les moins instruits sont ceux où il y a le moins de suicides.

2° *Le sexe.* — Les hommes se tuent plus souvent que les femmes. Dans la période de 1870 à 1876, il y a eu 24,150 suicides d'hommes, pour 6,386 suicides de femmes : à peu près quatre fois moins.

Suivant Legoyt, on compte en général 29 à 30 suicides féminins pour 100 de l'autre sexe.

3° *L'âge.* — La période de la vie pendant laquelle la prédisposition au suicide atteint son maximum, dans les deux sexes, est de quarante à soixante-dix ans; tandis que, pour les crimes et les délits, c'est de vingt et un à quarante ans que l'on compte le plus d'accusés. D'après Legoyt, le suicide est plus fréquent chez la femme dans l'enfance, et dans la jeunesse jusqu'à trente ans.

Chez les enfants, le suicide tend à augmenter d'année en année, comme le montrent les chiffres suivants : de 1861 à 1865, 141 suicides d'enfants de sept à quinze ans ; — de 1865 à 1870, 166 ; — de 1870 à 1875, 175.

3° *L'état civil.* — D'après la statistique de 1875, les célibataires figurent pour 52 0/0 ; — les hommes mariés ayant des enfants, 32 0/0 ; — les hommes mariés sans enfants, 19 0/0 ; — les veufs avec enfants, 10 0/0 ; — enfin les veufs sans enfants, 6 0/0.

4° *Les saisons.* — Elles ont une influence incontestable sur la fréquence des suicides, qui sont plus nombreux en hiver et en été ; il est à remarquer que ces deux saisons ont une action à peu près égale sur les deux sexes : les hommes se tuent plus fréquemment au printemps et les femmes en automne (Legoyt). Ajoutons que le *climat* ne parait pas agir d'une façon bien spéciale, et qu'on se tue sous toutes les latitudes.

5° *Les professions.* — D'après la statistique, l'agriculture donne des suicides dans une proportion de 32 0/0 ; — l'industrie, 28 0/0 ; — le commerce, 8 0/0 ; — les rentiers et les professions libérales, 17 0/0 ; — les domestiques, 4 0/0 ; — enfin les gens n'exerçant aucun métier bien déterminé,

11 0/0. — Lacassagne fait remarquer que l'on constate le plus grand nombre de suicides dans les professions qui exigent une instruction avancée.

6° *Les conditions sociales, pathologiques ou morales.* — 33 0/0 des suicidés ont été occasionnés par des maladies cérébrales ; — 10 0/0 par la misère ; — 16 0/0 par des chagrins de famille ; — 16 0/0 par la débauche ; — 12 0/0 par des peines diverses, surtout les souffrances physiques.

Quant aux moyens *employés*, ce sont, par ordre de fréquence : la suspension et la strangulation (44,8 0/0) ; — la submersion (27,6 0/0) ; — les armes à feu (10,8 0/0) ; — l'asphyxie par le charbon (6,3 0/0) ; — les instruments tranchants ou aigus (3,8 0/0); — les chutes d'un lieu élevé (3,1 0/0); — le poison (2 0/0) ; — moyens divers (1, 0/0). Les femmes choisissent en général les procédés qui ne défigurent pas, principalement le charbon, puis le poison, la submersion, enfin la chute d'un lieu élevé; les hommes préfèrent les autres moyens.

L'intervention du médecin légiste est réclamée fréquemment dans les cas de suicide, soit pour établir que le suicide a eu lieu sous l'influence d'un état pathologique quelconque, par exemple dans les cas d'assurances sur la vie ou de testament; soit pour déterminer s'il y a eu crime, accident ou suicide.

Le suicide soulève quelques questions fort intéressantes :

1° *Est-ce d'abord un crime punissable par les lois ?* — Nous avons vu que sur ce point la loi française est muette. Autrefois, on traînait ignominieusement sur une claie le cadavre des suicidés; aujourd'hui, le clergé leur refuse souvent la sépulture chrétienne. En Angleterre, on déclare toujours que l'individu s'est tué dans un accès d'aliénation mentale, ce qui permet d'éluder la loi qui oblige à enterrer le cadavre honteusement entre trois chemins. Les peines qu'on pourrait édicter contre le suicide seraient injustes et inutiles, parce qu'il est souvent la conséquence d'un état pathologique ; dans ces conditions, les tentatives de suicide échappent également à la loi, et les blessures qu'on se fait à soi-même ne peuvent être punies, à moins qu'elles n'aient eu pour but de se soustraire au service militaire (Legrand du Saulle).

2° *Le suicide est-il toujours un état pathologique ?* — Suivant Esquirol et Boudin, le suicide est toujours une maladie et un acte d'aliénation mentale. Cette théorie est des plus discutables. Legrand du Saulle la considère même comme une erreur scientifique ; sans doute, un grand nombre d'individus se donnent la mort dans un moment d'aliénation mentale ; mais il est hors de doute que d'autres mettent fin à leurs jours sciemment, volontairement et dans toute la plénitude de leurs facultés. Les écrits trouvés chez ces individus portent en effet l'empreinte du sang-froid, d'une volonté sérieuse et d'une grande lucidité dans les idées (des Étangs).

3° *Le complice d'un suicide est-il coupable?* — Le suicide n'étant ni un crime, ni un délit, il ne peut y avoir de complicité, de participation criminelle ; aussi l'individu qui a aidé un suicidé dans ses préparatifs commet-il un acte immoral, mais il ne peut être puni. Cependant, lorsqu'il y a eu coopération active, et que le complice a donné la mort pour obéir aux prières ou aux ordres du mourant, il y a assassinat et la loi doit poursuivre. C'est ainsi que l'a décidé la cour de Cassation dans l'affaire Lefloch, qui avait donné la mort à une autre personne sur son ordre écrit. Lorsqu'il y a eu tentative de double suicide, et que l'un des suicidés, n'ayant pas réussi à se donner la mort, passe en jugement, le plus souvent les circonstances sont telles que, bien que l'homicide ait été commis volontairement et avec préméditation, il ne présente pas les caractères de l'assassinat, et le coupable est généralement acquitté.

4° *La mort est-elle le résultat d'un accident, d'un homicide ou d'un suicide?* — Le diagnostic n'est pas toujours facile, et, dans bien des cas, l'expert ne pourra se prononcer d'une manière certaine ; les difficultés sont telles que, suivant Devergie, « les 90 centièmes des suicides sont reconnus plutôt par des preuves étrangères à la médecine que par celles qu'elle peut fournir. Le plus souvent, ce sont les écrits laissés par les personnes qui se sont suicidées qui éclairent les magistrats sur les causes déterminantes de la mort. » Le problème est tellement délicat que, de l'aveu de Tardieu, il est impossible de poser des principes généraux, de tracer des règles fixes de conduite.

L'expert devra tirer ses conclusions du siège, de la nature, de la direction de la blessure, de la position et de l'attitude du corps, enfin de l'examen de toutes les circonstances du fait en lui-même.

L'*âge*, le *tempérament* et le *caractère* de l'individu peuvent donner seulement des présomptions sur le motif ou le genre du suicide : ainsi les hommes dans la force de l'âge se tuent dans un moment d'égarement, sous l'influence d'une passion violente, et emploient plus volontiers les armes à feu ou les instruments tranchants ; — les individus d'un tempérament lymphatique, d'un caractère mélancolique, prennent rarement la résolution subite de mourir ; ils manifestent d'avance leur intention, l'exécutent et recommencent presque toujours s'ils n'ont pas réussi une première fois.

Le *siége* de la blessure peut donner certaines indications. Ainsi, dans les suicides par *armes à feu*, c'est presque toujours la tête qui est frappée : sur trois cent soixante-huit suicides de ce genre, deux cent quatre-vingt-dix-sept fois le coup avait été tiré à la tête, principalement dans la bouche (deux cent trente-quatre fois) ; après la face et le crâne, c'est la poitrine (vingt-trois fois), et le cœur (quarante-cinq fois), enfin plus rarement l'abdomen (trois fois), qui sont atteints. Quelquefois l'arme éclate, et, outre la lésion mortelle, on trouve des mutilations de la main. La position de l'arme trouvée peut avoir sa valeur : suivant Brierre de Boismont, il y a présomption de suicide, lorsque la main tient l'arme encore fortement serrée ; si elle ne tient que faiblement, on ne peut cependant pas conclure qu'elle a été placée dans la main après le meurtre, pour faire croire à une mort volontaire, parce qu'il n'est pas rare que le suicidé lâche ou retienne à peine l'arme qui vient de lui servir ; quelquefois même, il la laisse tomber ou la rejette loin de lui dans les mouvements de l'agonie. — Dans le suicide par *instruments tranchants*, les lésions, par ordre de fréquence, siègent au cou (soixante-et-onze fois sur cent quatorze cas), au cœur (vingt-trois fois), aux artères et aux veines des bras (sept fois), aux poumons (six fois), enfin à l'abdomen (trois fois) (Brierre de Boismont). En général, la

main a tremblé ou hésité, la section est peu nette et présente des dentelures qui indiquent dans quel sens elle a été faite. — Le suicide par *pendaison* est fréquent. — Le suide par *strangulation* est très rare, mais il peut se rencontrer surtout chez les aliénés (Brierre de Boismont). Nous étudierons plus loin les caractères de ces deux genres de mort. Le suicide par le *charbon* et le *poison* seront également étudiés ultérieurement.

La *direction* de la blessure peut donner des indications précieuses, dans les cas où le suicide a été commis à l'aide d'un instrument tranchant : ainsi dans le suicide, la plaie est presque toujours dirigée *obliquement de gauche à droite*, et un peu *de haut en bas* ; — dans le cas d'assassinat, si le meurtrier fait face à sa victime, la blessure est *oblique de droite à gauche* et un peu de *bas en haut*. Si l'assassin saisit la victime par derrière, la plaie peut avoir la même direction que dans le suicide. Il faut enfin tenir compte du cas où le suicidé ou le meurtrier est gaucher. Une blessure faite sur la partie postérieure du cou ou dans des régions que le blessé ne peut atteindre, exclut évidemment toute idée de suicide. Si l'arme employée est un instrument acéré (épée, poignard, couteau, etc.), dans le cas de suicide, la direction de la blessure est *de droite à gauche* ; dans le cas de meurtre, *de gauche à droite*, quand l'assassin fait face à sa victime.

Le *nombre des blessures* a également une grande valeur : en général, dans le suicide, la blessure mortelle est *unique* ; dans les cas d'assassinat, les plaies sont multiples, variées et irrégulières ; mais cette règle est loin d'être absolue ; l'assassin peut tuer sa victime du coup, tandis qu'au contraire l'homme qui veut en finir avec la vie peut se faire des plaies nombreuses et les plus variées, s'ouvrir les veines, se couper la gorge et se jeter par la fenêtre ; un autre se donnera quatre coups de poignard et se jettera à l'eau. Le diagnostic peut être très embarrassant, comme dans ce dernier cas cité par Tardieu ; il est évident, que si l'individu dont il parle est repêché longtemps après, il sera presque impossible de décider, d'après l'examen des blessures, s'il y a eu suicide ou homicide.

Tardieu recommande enfin à l'expert de faire un examen anatomique sérieux, de rechercher sur le cadavre les lésions organiques qui peuvent pousser au suicide, telles que les affections du foie, les maladies chroniques des organes de la génération, l'alcoolisme et surtout l'aliénation mentale, dont l'influence héréditaire est incontestable au point de vue du suicide.

DU DUEL.

Législation. — Avant 1789, les blessures faites en duel étaient l'objet de lois spéciales; le Code actuel est muet sur cette question; aussi la jurisprudence s'est-elle ressentie du silence de la loi : à ce point de vue, suivant Briand et Chaudé, on peut considérer deux périodes dans les doctrines successivement émises. Dans la première, le duel n'est ni un crime ni un délit; il ne devient punissable que lorsqu'il y a eu déloyauté, et alors le survivant peut être poursuivi comme meurtrier; — dans la seconde, qui date de 1839, les blessures résultant du duel rentrent dans les cas des blessures ordinaires : la Cour de cassation s'appuie sur ce que « les codes des délits et des peines, en punissant les meurtres, blessures et coups involontaires, n'ont pas fait d'exception pour les cas où ces meurtres auraient été commis, ces blessures faites ou ces coups portés par suite du duel. L'abolition qui avait antérieurement été faite de la législation spéciale sur les duels a, par cela même, replacé sous l'empire du droit commun tous les actes répréhensibles auxquels les duels peuvent donner lieu. » Cette dernière doctrine est actuellement la seule acceptée et mise en vigueur; ajoutons enfin que le meurtrier, acquitté ou non, peut être condamné à payer des dommages-intérêts à la veuve, aux enfants de la victime ou à ses parents, suivant les circonstances.

Le rôle de l'expert, dans ces conditions, est donc le même que dans le cas de blessures ordinaires; mais, comme ici la question de loyauté ou de déloyauté peut avoir une grande influence sur la décision du jury, le médecin, dans

son rapport, devra, suivant Legrand du Saulle, « constater dans quelle position est tombé le duelliste, frappé ou non mortellement, noter la situation et la forme exacte de la blessure, rechercher quelle direction a été suivie par l'arme ou par le projectile, afin de pouvoir dire quelle a dû être la position respective des deux combattants, décider s'il y a eu loyauté ou déloyauté dans la lutte, etc. »

DE LA MORT PAR ASPHYXIE.

L'asphyxie est un état de mort apparent ou réel résultant de la suspension des fonctions respiratoires.

Les *causes* capables de la provoquer sont nombreuses et peuvent être groupées en trois classes : 1° les *causes mécaniques* qui empêchent le jeu des poumons et la pénétration de l'air dans les voies aériennes, telles que l'occlusion des orifices ou des voies respiratoires par un corps solide ou un milieu liquide (strangulation, submersion), la compression du poumon dans les cas de double plaie de la poitrine (pneumothorax traumatique), la compression des parois thoraciques (éboulement, pression dans la foule), la compression de l'abdomen (arrêt de diaphragme, etc.) ; — 2° les *causes chimiques* ou mieux les causes qui arrêtent les phénomènes chimiques de la respiration, par suite de la pénétration dans les poumons d'un air impropre à la respiration (empoisonnement par des gaz méphitiques, ou l'oxyde de carbone), ou bien lorsque, par suite d'une lésion ou d'un arrêt de cœur (paralysie par empoisonnement, dégénérescence du muscle cardiaque), le sang qui traverse les poumons ne contient plus une quantité d'oxygène suffisante pour subvenir aux besoins de l'organisme (Hoffmann) ; — 3° les *causes* qui agissent sur les centres nerveux respirateurs, comme les blessures du bulbe ou de la moelle au-dessus de l'origine des nerfs phréniques, la section des pneumo-gastriques, l'action de certaines substances qui agissent soit en paralysant les muscles (curare), soit en les tétanisant (strychnine), soit en agissant sur les centres automoteurs de la respiration, comme le chloroforme, l'éther

et les anesthésiques (Hoffmann). La mort par le froid, la chaleur ou la foudre survient par une cause analogue, c'est-à-dire par cessation de l'influx nerveux (Legrand du Saulle).

Certains auteurs, Hoffmann et Acoster en particulier, n'admettent que deux ordres de causes : 1° celles qui empêchent la pénétration de l'air atmosphérique dans les voies respiratoires ; — 2° celles qui font pénétrer dans les poumons un air vicié, impropre à l'hématose, ou un gaz délétère.

De toutes ces causes si diverses, nous étudierons seulement celles qui se rapportent plus particulièrement à la médecine légale, c'est-à-dire la *suffocation*, la *strangulation*, la *pendaison*, la *submersion*, l'*asphyxie par un air irrespirable* ou un *gaz délétère* (vapeurs de charbon, gaz d'éclairage, des fosses d'aisances ou des égouts), enfin la *fulguration*, et la mort par *inanition*, la *chaleur* ou le *froid extérieur*.

Briand et Chaudé pensent qu'il y a tout avantage à réunir dans un même chapitre ces trois genres de mort violente : la *suffocation*, la *strangulation* et la *pendaison*, de manière à en faire ressortir plus nettement les caractères propres et les différences.

A. — Asphyxie par suffocation.

On dit qu'il y a suffocation, quand une cause mécanique, autre que la strangulation ou la pendaison, met obstacle à la pénétration de l'air dans les voies aériennes.

Causes. — Suivant Tardieu on peut ramener tous les modes de suffocation aux quatre groupes suivants : 1° *occlusion directe* des voies respiratoires, soit par l'application des mains ou d'un corps étranger sur la bouche ou les narines, soit en enfonçant dans la bouche ou l'arrière-gorge un tampon, un linge ou un corps quelconque qui fait l'office d'obturateur ; — 2° *compression* des parois de la poitrine ou du ventre ; — 3° *enfouissement* du corps vivant dans la terre ou dans un milieu solide plus ou moins pulvérulent (sable, fumier, cendres, matières des fosses d'aisances, etc.) ; — 4° *séjour forcé* dans un espace confiné et

privé d'air, comme un coffre, une boite, un local trop étroit.

Signes de la suffocation. — Ils sont de deux ordres : des caractères *essentiels* et *fondamentaux* communs à tous les genres de suffocation, et des caractères *secondaires*, propres à chacun d'eux.

a. **Caractères essentiels.** — D'après Tardieu, les plus importants, les seuls constants ne sont pas les traces de violences extérieures, comme on l'avait professé jusqu'à lui, mais les lésions des organes internes et spécialement celles des poumons, du cœur et du crâne.

Les *poumons* (voir pl. 4, fig. 1) sont généralement peu volumineux, d'une couleur rosée, quelquefois très pâles, offrant parfois un peu d'engorgement à la base et vers le bord postérieur ; ils n'ont donc pas ordinairement l'aspect que l'on est habitué à attribuer à l'asphyxie. Leur surface, surtout au niveau de la racine, à la base et principalement sur le tranchant du bord inférieur, présente de petites taches d'un rouge très foncé presque noir, dont les dimensions varient depuis celles d'une tête d'épingle jusqu'à celles d'une petite lentille, et dont le nombre varie de cinq à trente ou quarante ; quelquefois même, elles sont tellement nombreuses que le poumon parait marbré. Ces taches, formées par de petits épanchements disséminés sous la plèvre, et dus à la rupture des vaisseaux superficiels des poumons, sont désignées sous le nom d'*ecchymoses sous-pleurales*. Suivant Tardieu, elles ne s'observent chez les nouveau-nés que dans les cas où les poumons ont fonctionné, c'est-à-dire quand l'enfant a respiré ; en général, elles n'existent pas sur le poumon à l'état fœtal. Ces mêmes lésions se rencontrent aussi chez l'adulte. Dans certains cas, les poumons présentent un emphysème plus ou moins généralisé Devergie, Ollivier d'Angers), qui, d'après Tardieu, n'a rien de caractéristique, car il appartient à un grand nombre d'espèces d'asphyxies. Ajoutons enfin que la muqueuse de la trachée et des bronches peut être pâle ou très foncée, selon l'état du poumon lui-même, et que les voies aériennes contiennent une écume très légèrement rosée et généralement assez abondante. — Chez le nouveau-né, on trouve de

plus de petits épanchements sanguins dans l'épaisseur et à la surface du thymus (Tardieu).

Le *cœur* ne présente pas de lésions particulièrement caractéristiques ; le sang a conservé sa fluidité ; exceptionnellement, il est à demi coagulé ; mais on trouve quelques petites taches ecchymotiques ou des suffusions sanguines sous le péricarde, et particulièrement à l'origine des gros vaisseaux, taches absolument semblables aux ecchymoses sous-pleurales, mais moins constantes que ces dernières. Ces taches *sous-péricardiques* et *sous-pleurales* ne doivent pas être confondues avec celles qui se produisent dans certaines affections hémorrhagiques (fièvres graves, typhus, choléra, etc.), et qui sont violacées, livides, diffuses et constamment fluides.

Les *téguments du crâne* offrent également des *taches ecchymotiques* ponctuées, de petits épanchements sanguins, très limités, disséminés sur la voûte crânienne, et siégeant, non dans l'épaisseur du cuir chevelu, mais dans le tissu cellulaire périostique (Tardieu). On trouve enfin quelquefois, sur les *conjonctives* et les *téguments* de la *face* et du *cou*, des taches sanguinolentes et un pointillé rouge, comme dans le cas de strangulation, ou dans certains cas de mort subite ou d'affections convulsives. L'encéphale offre enfin une espèce d'engorgement sanguin asphyxique ; mais, comme le fait remarquer Durand-Fardel, cet état n'est pas caractéristique de la suffocation et est directement lié à l'asphyxie du poumon.

b. **Caractères particuliers.** — Ils varient suivant le mode de suffocation : dans le cas de suffocation par *occlusion directe* de la bouche et du nez, les *ecchymoses sous-pleurales* sont *beaucoup* plus marquées, *plus prononcées ;* les taches *péricrâniennes* et *sous-péricardiques* sont plus rares au contraire que dans les autres modes de suffocation (Tardieu). On trouve en outre des blessures locales extérieures, telles que l'aplatissement persistant du nez et des lèvres , surtout dans le cas d'infanticide, l'empreinte des doigts ou des ongles, les traces laissées par les tampons, les linges appliqués violemment sur la bouche. — Dans la suffocation par *compression des parois thoraciques ou abdominales*, celles-ci gar-

dent rarement l'empreinte extérieure de la compression; les traces de violences sont très rares, parce que, suivant Tardieu, il suffit, pour produire l'asphyxie, que l'obstacle mécanique agisse pendant un temps suffisamment long, sans avoir une force, une énergie excessive. Les poumons ont souvent un aspect marbré et sont le siège d'un emphysème très étendu ; le tissu cellulaire péricrânien présente de nombreuses taches ecchymotiques, et l'on trouve quelquefois une exsudation sanguine plus ou moins épaisse à la surface des poumons, du cœur et des viscères abdominaux. Lorsqu'il y a eu suffocation par *écrasement*, les lésions s'accompagnent souvent de fractures multiples des côtes, de ruptures viscérales et d'hémorrhagies qui peuvent causer directement la mort. — La suffocation par *enfouissement du corps vivant* est caractérisée par un emphysème des plus marqué, de l'écume sanguinolente dans les voies aériennes et des ecchymoses sous-pleurales et péricrâniennes. Suivant Legrand du Saulle, la présence de ces *taches ecchymotiques sous-pleurales*, et la *pénétration plus ou moins complète de la matière de l'enfouissement dans la bouche et l'estomac*, indiquent que l'enfouissement a eu lieu *pendant la vie*, car *après la mort*, la déglutition n'ayant pas lieu, la poussière s'arrête dans les narines, la bouche, le pharynx et le larynx, sans pénétrer au delà dans l'œsophage et l'estomac (Matthysen, Béringuier). L'enfouissement est, de tous les modes de suffocation, celui dans lequel la mort survient le plus lentement; Tardieu a constaté, par des expériences sur des animaux, que, même dans le cas où l'enfouissement a eu lieu sur un être vivant, on ne trouve pas toujours des matières dans l'œsophage, l'estomac, la trachée et les bronches : aussi pense-t-il que la seule présence de corps étrangers, poussières ou liquides, dans les poumons, ne suffit pas pour prouver que l'enfouissement a eu lieu pendant la vie. Le caractère classique indiqué plus haut n'a donc pas une valeur absolue. Tardieu pense cependant que, dans la grande majorité des cas, si la matière a pénétré jusque dans l'œsophage et l'estomac, l'enfouissement a eu lieu pendant la vie; car, dans l'enfouissement après la mort, on peut bien trouver quelques débris dans l'arrière-bouche et tout à fait excep-

tionnellement dans les voies aériennes, mais jamais dans le conduit œsophagien et dans l'estomac.

Dans la suffocation par *séjour forcé dans un espace confiné et privé d'air*, les poumons, d'après les expériences de Tardieu sur des animaux, sont marbrés de taches d'un rouge cerise, et présentent d'innombrables noyaux d'apoplexie dans l'épaisseur et à la surface; on trouve en outre des ecchymoses sous-péricardiques et péricrâniennes; on peut se demander avec Briand et Chaudé si, dans les conditions d'enfouissement dans un coffre bien clos, comme les a choisies Tardieu pour ses expériences, il y a eu véritablement suffocation; il y aurait plutôt empoisonnement par viciation de l'air et accumulation de l'acide carbonique.

Valeur des ecchymoses sous-pleurales. — Suivant Tardieu, les ecchymoses sous-péricardiques, sous-péricrâniennes et surtout *sous-pleurales* sont les signes caractéristiques, pathognomoniques de la mort pas suffocation. La valeur des ecchymoses sous-pleurales a été fort contestée dans ces dernières années.

M. Legroux, dans un rapport présenté à la Société de médecine légale, en 1878, a résumé l'état actuel de la science sur cette question fort intéressante : les ecchymoses sous-pleurales ne siègent que sous le feuillet viscéral de la plèvre; le feuillet pariétal n'en présente pas. Ce sont : tantôt de simples taches d'un rouge cerise ou noirâtre, d'une étendue assez considérable, irrégulières, à contours bizarres, festonnés; — tantôt des épanchements profonds, des noyaux apoplectiques siégeant dans le parenchyme pulmonaire lui-même; — quelquefois, ces suffusions par leur aspect ressemblent à des taches de purpura, ou des sugillations hémorrhagiques. Leurs dimensions varient depuis celle d'un point imperceptible (ecchymoses punctiformes, pointillées), jusqu'à celles d'une lentille (tache lenticulaire) et même celles d'une pièce de 20 centimes, de 50 centimes et de 1 franc. Leur nombre varie également : quelquefois on ne trouve qu'une ecchymose plus ou moins large, quelquefois quatre, cinq, dix, vingt ou plus; dans certains cas, c'est un véritable semis de suffusions sanguines sur une étendue plus ou moins considérable. Leur

lieu d'élection est plus particulièrement les bords tranchants des lobes pulmonaires, surtout des lobes inférieurs, ou la base concave en rapport avec le diaphragme, les surfaces convexes postérieures ou celles contiguës des lobes, moins souvent les faces convexes antérieures, plus rarement les sommets et le hile du poumon. Ces taches ne disparaissent pas par la pression, le lavage ou le grattage, surtout quand on fait l'autopsie longtemps après la mort. Suivant le Dr Faure, dans les cas où l'aspect ecchymotique s'est un peu atténué sous l'influence de la putréfaction, il suffit d'insuffler le parenchyme pulmonaire pour les faire reparaître. L'insufflation a de plus l'avantage de faire disparaître les fausses ecchymoses, qui marbrent quelquefois la surface du poumon, par suite de la stase cadavérique et du refoulement du sang vers le système veineux central *post mortem*. Quant à la nature de ces ecchymoses sous-pleurales, le microscope démontre qu'elles sont dues à de véritables hémorrhagies, qui ont décollé la plèvre de la surface du poumon, hémorrhagies siégeant dans le réseau extra-alvéolaire ou sous-pleural, formé par les ramifications de l'artère pulmonaire.

On peut observer ces ecchymoses sous-pleurales : 1° Dans les *maladies naturelles* caractérisées par une mort rapide, comme les affections convulsives, l'éclampsie, l'épilepsie, le tétanos, l'attaque apoplectique, causée par une hémorrhagie cérébrale. La nécessité d'une cause violente parait tellement démontrée, que M. Legroux pense qu'on pourrait établir en principe : que *les ecchymoses sous-pleurales sont les indices révélateurs d'une mort rapide surprenant l'organisme dans un état de santé normale ou en apparence normale.* — 2° Dans les *empoisonnements*, soit par des poisons minéraux ou végétaux (phosphore, arsenic, mercure, plomb, digitale, strychnine, etc.), soit par des poisons miasmatiques ou telluriques (typhus, choléra, variole hémorrhagique, etc.), qui altèrent le sang ou agissent sur le système nerveux. — 3° Dans les *traumatismes*, les *accidents*, les *suicides* ou les *crimes*, en un mot dans presque tous les cas de mort subite et violente (Brouardel) ; chez les fœtus morts dans un accouchement difficile ou à la suite d'opérations obstétricales, comme la crâniotomie,

la céphalotripsie (Depaul, Tarnier, Pinard, Hoffmann). Suivant Casper et Liman, les ecchymoses sous-pleurales sont très fréquentes chez les fœtus et les nouveau-nés asphyxiés. — 4° Dans toutes les *formes d'asphyxies :* par le charbon (Tardieu, Bayard, Faure), par décompression rapide (Gallard), par submersion (Girard), par compression du thorax ou de l'abdomen, par hémorrhagie foudroyante (Gros-Claude); par *pendaison* ou *strangulation* (Champouillon, Gallard, Tardieu). Ajoutons enfin que ces ecchymoses sous-pleurales peuvent manquer dans certains cas de suffocation, très rares il est vrai (Toulmouche), tout à fait exceptionnels, suivant Tardieu.

Il résulte en somme de ces faits que les ecchymoses sous-pleurales, indiquées par Tardieu comme le signe pathognomonique infaillible de la suffocation, et qui ne devaient s'observer que dans une ou deux circonstances bien définies; constituent au contraire une lésion fréquente et commune dans les morts violentes, brusques, spontanées ou provoquées, dont elles sont en quelque sorte la caractéristique. Legroux conclut cependant que, « tout en faisant encore des réserves s'il s'agit d'individus très jeunes, les ecchymoses *très nombreuses* indiquent la suffocation, *un peu moins nombreuses* la strangulation, *un peu moins nombreuses encore* la pendaison, ce qui revient à dire qu'en aucun cas on ne pourra solidement s'appuyer sur ces lésions pour déterminer le genre de mort. »

B. — Asphyxie par strangulation.

Suivant Tardieu, on entend par *strangulation*, dans le sens médico-légal du mot, « un acte de violence qui consiste en une compression exercée directement soit autour, soit au devant du cou, et ayant pour effet, en s'opposant au passage de l'air, de suspendre brusquement la respiration et la vie. »

Modes de strangulation. — Ils peuvent se ramener à deux formes principales : la strangulation avec les *mains* ou la strangulation à l'aide d'un *lien* (corde plus ou moins

grosse, mouchoir, courroie, ruban, linge, etc.). Dans ce dernier cas, l'expert devra examiner avec soin la manière dont le lien est attaché; il peut être simple, noué ou tourné plusieurs fois autour du cou, plus ou moins serré, arrêté par un tourniquet, un morceau de bois, un ustensile quelconque (*garrot*). Cet examen pourra faire connaître si la strangulation a été opérée par une personne étrangère. La strangulation *avec les mains* est de beaucoup la *plus fréquente*.

Signes de la strangulation. — La strangulation peut être *complète* et suivie de mort ou *incomplète*.

1° **Strangulation complète.** — Les signes sont de trois ordres : les phénomènes de la mort, les lésions extérieures et les lésions internes.

a. Les *phénomènes de la mort*, suivant Tardieu, ne sont ni constants ni identiques dans tous les cas; si quelquefois la mort ne survient qu'après une lutte prolongée, le plus ordinairement, surtout lorsque l'attaque a lieu à l'improviste, sur un individu faible ou incapable de se défendre, la strangulation est « un des genres de mort violente les plus prompts et les plus terribles. »

Il résulte des expériences faites par Faure sur les animaux, que les troubles qui précèdent la mort sont les suivants : angoisse, agitation, convulsions, perte de la sensibilité et du mouvement, écume sanguinolente, évacuations involontaires, émission du sperme, diminution rapide et bientôt définitive des battements du cœur. Chez l'homme, suivant Tardieu, les premiers symptômes (phénomènes convulsifs) peuvent très bien manquer, surtout s'il s'agit d'une femme ou d'un enfant nouveau-né.

Le tourniquet ou le garrot détermine en général une mort presque instantanée. Dans la strangulation, à l'aide des mains, suivant Hoffmann la mort arrive par occlusion des voies respiratoires, par compression des vaisseaux du cou, qui diminue ou supprime la circulation intracrânienne, enfin par excitation traumatique des branches périphériques du pneumo-gastrique, plus particulièrement du laryngé supérieur, dont l'excitation peut déterminer l'arrêt subit de la respiration (Rosenthal, Brouardel, Paul Bert).

b. *Lésions extérieures.* — Des lésions que produit la strangulation, les unes sont *communes* à tous les modes de strangulation, les autres sont *propres* à chaque mode particulier d'étranglement.

Les signes *communs* sont : la *physionomie spéciale* des individus étranglés, dont la face est tuméfiée, violacée, comme marbrée; la langue est ordinairement proéminente, serrée entre les dents ou fixée derrière les arcades dentaires; les narines laissent écouler un sang spumeux; — la *conjonctive*, le *cou* et la *poitrine* sont couverts d'*ecchymoses* nombreuses très petites, et d'un pointillé rouge, qui donnent un aspect caractéristique à la figure; ces ecchymoses ne sont pas du reste spéciales à ce genre de mort, car on les observe également dans les cas de suffocation par compression de la poitrine et du ventre; mais elles ne sont pas aussi fréquentes, aussi tranchées et aussi significatives que dans la strangulation; — des *traces de contusions diverses* sur différentes parties du corps, traces indiquant qu'il y a eu une lutte plus ou moins prolongée; des coups, des blessures variées siégeant particulièrement à la tête.

Signes particuliers. — Dans le cas de strangulation par un *lien*, on trouve sur le cou une empreinte en rapport avec sa forme, son épaisseur et la manière dont il était attaché. Ce *sillon*, le plus souvent transversal, presque horizontal, est ordinairement peu profond, simple, double ou multiple, suivant que le lien a fait un, deux ou plusieurs tours. Le cercle qu'il décrit n'est pas toujours complet, car, bien que le lien serre sur tout le pourtour, il ne presse pas également partout et ne laisse pas toujours une empreinte circulaire. Au niveau de ce sillon, la peau n'est pas parcheminée, comme dans la pendaison; mais sa coloration pâle tranche sur la teinte violacée des parties voisines. Quelquefois, au lieu d'un sillon très net, on ne trouve que des traces tout à fait superficielles, de simples excoriations linéaires, dues au frottement de la corde sur la peau du cou. On observe aussi, outre ce sillon, des *ecchymoses* plus ou moins irrégulières, plus ou moins étendues, correspondant aux points où le lien était ou plus fortement serré, ou plus inégal et plus rude (Tardieu). Enfin, dans les cas où l'étranglement a

eu lieu à l'aide d'un tourniquet, il existe des marques plus ou moins profondes sur la peau de la mâchoire ou du menton.

Si la strangulation *a eu lieu à l'aide des mains*, on trouve des traces toutes différentes, mais absolument caractéristiques, en quelque sorte spécifiques : ce sont, de chaque côté du larynx, sous la mâchoire, à la base du cou, des *ecchymoses* et des *excoriations*, dont le siège, la disposition et la forme représentent de la manière la plus frappante l'empreinte exacte de la main du meurtrier. Ces empreintes, d'abord d'un rouge vif, deviennent plus tard violacées, puis bleuâtres, suivant Tardieu, « elles dessinent la pulpe des doigts quelquefois si nettement, que l'on peut les compter et juger au premier coup d'œil, par leur disposition, laquelle des deux mains a agi et quelle place occupait l'assassin, derrière ou devant la victime. » Elles permettraient même, d'après Toulmouche, de reconnaître si le meurtrier était gaucher. Tardieu fait remarquer que, dans cette appréciation, on devra tenir compte de la conformation et de la dimension du cou des individus étranglés, surtout chez les enfants et les femmes très âgées.

c. *Lésions internes.* — Elles peuvent intéresser les parties profondes du cou, le poumon, le cœur et le cerveau.

Les *parties profondes* du cou présentent parfois des lésions qui ne sont nullement en rapport avec celles qu'on trouve du côté de la peau ; même dans les cas où celle-ci n'offre aucune ecchymose, aucune trace apparente, on trouve des extravasations sanguines dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans l'épaisseur des muscles sus et sous-hyoïdiens, sur la face extérieure du larynx et de la trachée. — Ces ecchymoses profondes existent surtout dans le cas de strangulation avec les mains, et ne s'observent pas seulement dans la région cervicale, mais sous la mâchoire, sur le sternum et même dans les muscles pectoraux (Tardieu) ; elles sont tantôt isolées, circonscrites, ayant les mêmes dimensions que les empreintes digitales laissées sur la peau, tantôt diffuses et dues à l'infiltration du sang dans le tissu cellulaire sous-cutané ou intermusculaire.

Le *larynx* et la *trachée* sont rarement le siège de lésions

graves (Tardieu), et l'on constate exceptionnellement la fracture des cartilages thyroïde ou cricoïde, la luxation ou la fracture de l'os hyoïde (Ollivier d'Angers). La face interne du larynx et de la trachée est presque toujours congestionnée, d'un rouge uniforme, parfois violacé, et les voies aériennes sont remplies d'une quantité plus ou moins considérable d'une *écume* fine, blanche ou rosée, quelquefois sanguinolente. La présence de cette écume dans la trachée et les bronches est un fait constant chez les individus étranglés. Dans quelques cas, Tardieu a vu cette écume remplacée par une exhalation de sang pur coagulé, qui tapissait les parois du larynx.

Quelquefois enfin, la strangulation s'accompagne de dislocation de la tête et des vertèbres cervicales (Caussé d'Albi).

Les *poumons* sont généralement peu ou point engorgés, d'une couleur rose assez uniforme, parfois fortement congestionnés, d'autres fois au contraire d'un aspect tout à fait normal (Tardieu). Le phénomène caractéristique de ce genre de mort est l'existence d'un *emphysème* plus ou moins étendu, résultant de la rupture des vésicules pulmonaires superficielles ; cette lésion est constante et donne aux poumons un aspect particulier ; leur surface est comme parsemée de plaques pseudo-membraneuses peu épaisses et très blanches; au toucher, cette surface n'est pas lisse comme à l'ordinaire, mais inégale, bosselée (Liman). D'après Tardieu, on ne trouve jamais dans la strangulation les ecchymoses sous-pleurales spéciales à la suffocation ; nous avons vu que, suivant Legroux et l'opinion généralement admise aujourd'hui, cette assertion est trop absolue, et que ces ecchymoses existent également dans la strangulation, mais moins nombreuses que dans la suffocation.

Le *cœur* ne présente rien de particulier : il est quelquefois tout à fait vide, parfois il contient un peu de sang noir complètement fluide. On ne constate jamais d'ecchymoses sous-péricardiques ou sous-endocardiques (Tardieu).

Le *cerveau* n'offre rien de précis ni de constant ; le plus souvent, il est normal et ne présente jamais l'engorgement des vaisseaux encéphaliques, que l'on observe toujours au contraire dans la pendaison.

2° **Strangulation incomplète.** — Elle est caractérisée par l'ensemble des symptômes suivants : la face est tuméfiée, violette, marbrée, livide ; l'écume sort des narines et de la bouche (Morgagni), les yeux sont sanglants, injectés, et l'on trouve des ecchymoses sous la conjonctive ; le cou est gonflé et douloureux ; la voix est brisée, la déglutition très pénible ; le gonflement du cou, parfois très étendu, très considérable, est accompagné d'une teinte ecchymotique de la peau, et l'on remarque quelquefois les empreintes des doigts, comme dans les cas de strangulation complète. Quelquefois, ces violences déterminent une perte de connaissance plus ou moins prolongée, mais laissent toujours après elles une gêne plus ou moins grande de la déglutition et de la phonation, ainsi que des troubles nerveux variés ; dans certains cas, on a vu survenir, à la suite de ces tentatives de meurtre, l'inflammation et même un phlegmon des parties étranglées.

Questions médico-légales. — La strangulation est presque toujours le résultat d'un homicide, le suicide par ce genre de mort étant extrêmement rare. Les questions soumises à l'appréciation de l'expert sont les suivantes : a. *La mort a-t-elle pour cause la strangulation ?* Le problème est généralement facile à résoudre par l'examen des lésions extérieures et surtout des désordres internes ; mais, dans certains cas où les empreintes laissées sur le cou ne sont pas nettes, on peut confondre avec la pendaison ; enfin la victime peut avoir été d'abord étranglée, puis pendue après sa mort pour faire croire à un suicide. Nous verrons plus loin à quels signes on pourra distinguer la strangulation de la pendaison et de la suffocation. Dans certains cas enfin, il faudra déterminer si la strangulation a été opérée après la mort. On ne trouvera dans ce cas sur le cou aucun des signes extérieurs de la strangulation, c'est-à-dire pas d'ecchymoses superficielles, par d'extravasations sanguines profondes ; enfin le sillon laissé par le lien constricteur est à peine marqué, pâle et parcheminé (Tardieu) (voir pl. 6, fig. 2, et pl. 7, fig. 1). — b. *Comment la strangulation a-t-elle été opérée ?* Cette question est ordinairement facile à résoudre par l'examen attentif des traces laissées sur le cou ; le sillon per-

mettra même d'indiquer très approximativement la forme, la nature et les dimensions du lien dont s'est servi le meurtrier, dans le cas où le lien a disparu. Aussi l'expert devra-t-il décrire très minutieusement toutes les particularités du sillon. Chez les nouveau-nés, il aura en outre à établir s'il y a eu ou non possibilité de strangulation avant la naissance par l'enroulement du cordon autour du cou ; c'est une question que nous étudierons plus tard à propos de l'*Infanticide*, et qu'on ne peut résoudre que par les épreuves docimasiques. — c. *Quels sont les auteurs de la strangulation?* Dans les cas de strangulation avec un lien, il est impossible de se prononcer sur le nombre et la vigueur relative des assassins. Lorsqu'au contraire la strangulation a été opérée avec les mains, suivant Tardieu, la trace des doigts et des ongles permet quelquefois d'apprécier la force qu'a exigée le crime, d'après la résistance qu'a pu opposer la victime ; si cette dernière a pu résister, si la strangulation a été incomplète, il n'a dû y avoir qu'un meurtrier d'une vigueur médiocre ; si la victime était au contraire robuste, très vigoureuse, s'il y a la fois des blessures nombreuses et des traces de lutte, on doit soupçonner la participation de plusieurs individus ou bien le meurtrier était d'une vigueur peu commune. Quelquefois les souillures particulières observées sur le cou de l'individu étranglé, souillures solides, pulvérulentes ou colorées, comme on en trouve sur les mains des charbonniers, des peintres, des mouleurs en cuivre, des broyeurs de céruse ou de minium, etc., peuvent donner des indications de nature à décéler le métier du meurtrier. — d. *Dans quelles circonstances la strangulation a-t-elle été opérée?* L'expert devra déterminer quelle était la situation relative de la victime et du meurtrier, quelle a pu être la rapidité de la mort, et si la strangulation a été compliquée d'autres violences. Ces questions se posent naturellement dans le cas d'étranglement avec attentat à la pudeur, viol, pédérastie ou infanticide. Le diagnostic repose principalement sur les empreintes que porte la région cervicale, sur leur nombre, leur disposition, leur forme et leur direction ; un examen attentif permettra de reconnaitre si la strangulation a eu lieu avec la main droite ou

avec la gauche : dans le premier cas, on trouve quatre doigts imprimés sur le côté gauche du cou, et à droite une seule empreinte, celle du pouce. Dans les cas d'infanticide, la femme prétend souvent qu'elle a étranglé son enfant en cherchant à se délivrer elle-même ; si le fait était vrai, étant donnée la position respective de la mère et de l'enfant, les empreintes des ongles devraient avoir leur convexité tournée en bas quand l'enfant est redressé ; or c'est généralement l'inverse, la marque des ongles a la convexité tournée en haut, ce qui prouve que le cou a été saisi de haut en bas et non de bas en haut. La *rapidité* de la mort dans les cas ordinaires de strangulation dépend en grande partie de la résistance plus ou moins longue opposée par la victime et par suite de son âge ; ainsi l'enfant nouveau-né, la femme et le vieillard succombent avec une extrême promptitude à la strangulation (Tardieu). Dans l'appréciation de la rapidité de la mort, l'expert devra aussi tenir compte du nombre des coups et de la nature des blessures qui ont précédé la strangulation ; celle-ci n'étant généralement employée que pour achever la victime, il pourra ainsi se rendre compte de la durée de la lutte et de la cause véritable de la mort. La nature des lésions internes, l'étendue et le nombre des plaques emphysémateuses disséminées à la surface des poumons, la profondeur et la multiplicité des noyaux d'apoplexie, enfin la congestion générale du tissu pulmonaire peuvent également donner des indications précieuses sur la durée de la lutte ; ils indiqueront de la part de la victime une lutte énergique et prolongée. Tardieu recommande enfin, dans les cas de strangulation, de rechercher toujours sur le cadavre les traces de viol, d'attentat à la pudeur, de sodomie ou de pédérastie. — e. *La strangulation est-elle le fait d'un suicide ou d'un homicide ?* Le *suicide* par la strangulation est *très rare ;* il en existe pourtant des observations authentiques (Villeneuve, Rendu, Tardieu). Hoffmann pense que, si le suicide par strangulation est rare, c'est une rareté purement accidentelle, car ce genre de mort ne présente pas plus de difficulté que les cas de pendaison dans lesquels les individus touchent le sol avec le siège, les pieds ou les genoux. Dans les pays où l'on exécute les condamnés

par le garrot, ce genre de suicide est assez fréquent (Jacquier). Dans l'immense majorité des cas, la strangulation est l'œuvre d'un *crime*, et l'on doit en chercher la preuve dans les circonstances du fait lui-même : ainsi la strangulation à l'aide des mains exclut toute idée de suicide; c'est le mode le plus ordinaire de strangulation homicide. La strangulation par un lien peut être aussi bien le résultat d'un suicide que d'un meurtre; on devra songer à un suicide si le lien appartient à la victime, s'il y a des tours multipliés autour du cou, enfin si l'on trouve au garrot un tourniquet comme dans le cas de Pichegru (Ollivier d'Angers); cette dernière particularité, suivant Durand-Fardel, doit même exclure tout soupçon d'homicide. On devra enfin examiner avec attention les lésions locales qu'on trouve au cou. Ces lésions, presque nulles dans le cas de suicide, sont au contraire constantes, très apparentes, très étendues et très profondes dans le meurtre par strangulation (Tardieu). Suivant Hoffmann, les empreintes laissées par certains objets durs qui entourent le cou sont toujours pâles, molles, superficielles et ne se momifient jamais. Ajoutons enfin que les plis de la peau chez les personnes grasses, surtout chez les enfants, laissent des sillons qui, au premier abord, pourraient induire en erreur; ces sillons, généralement mous, pâles, anémiques, peuvent quelquefois se dessécher, prendre un aspect plus ou moins parcheminé qu'on pourrait confondre avec un sillon strangulatoire. Il y a là une petite difficulté facile à vaincre avec un peu d'attention. — f. *La strangulation est-elle simulée ?* Certaines personnes pourraient feindre une tentative de strangulation dans un intérêt quelconque, par vengeance par exemple : l'examen attentif des lésions du cou, généralement superficielles, de peu de gravité et nullement en rapport avec le récit exagéré des souffrances qu'aurait endurées la soi-disant victime, permettra d'établir presque à coup sûr le diagnostic.

C. — Asphyxie par pendaison.

Suivant Tardieu, « la pendaison est un acte dans lequel le corps, pris par le cou dans un lien attaché à un point fixe

et abandonné à son propre poids, exerce sur le lien suspenseur une traction assez forte pour amener brusquement la perte du sentiment, l'arrêt des fonctions respiratoires et la mort. »

Au point de vue du mécanisme, Durand-Fardel fait remarquer que dans la pendaison « la compression est exercée par une force *tendant* à se rapprocher de l'axe du cou et à l'aide d'un lien serrant *inégalement* sur les divers points de la circonférence, tandis que la strangulation s'opère par une force agissant *perpendiculairement à l'axe* du cou et à l'aide d'un lien serrant *également* sur tous les points de la circonférence. »

Un premier point à établir, c'est que dans la grande majorité des cas la pendaison est un *suicide*; elle est rarement le fait d'un homicide.

Effets immédiats. — Il résulte des expériences de Fleichmann sur lui-même, et des recherches de Tardieu que la pendaison est caractérisée par l'ensemble des symptômes suivants : *à la première période*, sensation d'une grande chaleur à la tête, sons bruyants et éclatants dans les oreilles, éclairs dans les yeux ; lourdeur anormale des jambes, qui semblent avoir acquis un poids extraordinaire ; puis disparition de toute sensation, quelquefois même perte de connaissance, syncope complète dès le premier moment. Tardieu n'a jamais constaté la sensation voluptueuse qui, suivant une opinion très répandue, accompagne les premiers moments de la pendaison ; — *à la seconde période*, contractions spasmodiques des traits de la face, resserrement de la pupille, contorsions du globe oculaire qui donnent à la figure une expression horrible ; convulsions dans tout le corps et dans tous les membres, principalement dans les membres inférieurs, puis mort apparente avec relâchement des sphincters, dans certains cas seulement avec évacuation des matières fécales, de l'urine et émission du sperme ; enfin mort réelle au bout d'un temps généralement très court, de *cinq* à *dix minutes* environ (Tardieu) ; au bout de ce temps, on peut encore rappeler le pendu à la vie.

Effets consécutifs. — Dans le cas où l'individu a été rappelé à la vie, voici, suivant Tardieu, à quels signes on re-

connaîtra qu'il a réellement subi un commencement de pendaison : « Les troubles sont de deux ordres, les uns affectent les organes respiratoires et sont en rapport avec le degré de congestion qui s'est produit : difficulté de respirer, toux, crachement de sang, râles bronchiques, fièvre ; — les autres, les plus remarquables, se montrent du côté du système nerveux et répondent manifestement aux actions réflexes qu'a provoquées la constriction du cou et qui retentissent sur les centres nerveux : extinction de voix, difficulté de la déglutition, engourdissement, sensation de froid, mouvements spasmodiques, élancements douloureux dans les régions voisines du cou, la face, l'épaule; parfois phénomènes véritables de paralysie du côté de la vessie et du rectum, et perte plus ou moins prolongée de la mémoire. Enfin les marques de la pendaison, les traces laissées sur le cou par le lien suspenseur, sont en général lentes à s'effacer. » Ces caractères permettront de dire si un individu a subi réellement un commencement de pendaison.

Signes de la pendaison. — Les signes qui peuvent faire reconnaître la pendaison sur le cadavre sont de deux ordres : les signes *externes* et les signes ou *lésions internes*.

Les **signes externes** comprennent : la position du corps, l'attitude de la tête, des membres supérieurs et inférieurs, l'aspect de la face, les traces que présente le cou (sillon), la coloration de certaines parties du corps, enfin l'état des organes sexuels.

1° *Position générale du corps.* — Elle a acquis une grande importance, surtout dans ces trente dernières années, depuis les recherches de Tardieu : il a démontré que, contrairement à l'opinion généralement admise avant lui, pour qu'il y ait mort par pendaison, *il n'est pas nécessaire que le corps soit suspendu à une certaine hauteur du sol*, et qu'on trouve très souvent le cadavre du pendu appuyant sur un point quelconque du corps. C'est là un fait qui actuellement paraît absolument acquis, démontré par la statistique (Marc, Esquirol, Jacquemin, Brierre de Boismont). Ainsi, sur 261 cas de pendaison incomplète suivie de mort, Tardieu a trouvé :

Les pieds posant sur le sol.....	168 fois
Le corps reposant sur les genoux pliés.....	42 —

Le corps étendu et couché.....	29 fois
Le corps assis.....	19 —
Le corps accroupi.....	3 —

Les planches que nous reproduisons ici, et que nous empruntons à l'excellent ouvrage de Tardieu dans son *Etude médico-légale sur la pendaison, la strangulation et la suffocation*, montrent que la pendaison peut s'opérer dans les attitudes les plus variées, les plus bizarres et les plus inattendues. Dans ces cas, la mort s'explique par ce fait que la perte de connaissance est très rapide et que le corps, devenue inerte, pèse de tout son poids sur le seul point d'appui qui lui reste, c'est-à-dire sur la partie du cou prise dans le lien (Tardieu). Il peut arriver aussi que le corps touche le sol, par suite de l'allongement du lien, bien que la suspension ait été complète primitivement. Enfin le lien peut se rompre, et le corps reste étendu au-dessous du point où le lien avait été fixé.

La *position de la tête* dépend de la disposition du lien suspenseur et du point du cou où celui-ci est attaché : le plus souvent la tête est fortement fléchie en avant, le menton touche presque la partie supérieure de la poitrine (fig. 5 et 7) ; d'autres fois, elle est raide et droite (fig. 14) ; dans certains cas, elle est un peu inclinée dans un sens ou dans l'autre (fig. 6) ; enfin on l'a vue complètement renversée en arrière (fig. 8). En général, la tête incline « toujours du côté opposé à celui où le lien suspenseur forme le nœud qui répond à son attache fixe, et dans le sens du plein de l'anse dans laquelle le cou est engagé. » (Tardieu.)

La *position des membres supérieurs* varie suivant que la pendaison est complète ou incomplète. Dans le premier cas, les deux bras tombent le plus souvent le long du corps, et les doigts si fortement repliés que les ongles s'enfoncent dans la paume de la main (fig. 6, 7, 8, 10, 11, 14, 15). — Dans le second cas, les membres supérieurs peuvent prendre les positions les plus diverses : un bras appuyé à terre (fig. 9), sur un meuble ; — une main passée entre le cou et le lien (fig. 5), comme si l'individu avait voulu arracher ce dernier ; — les bras liés ensemble, en avant (fig. 16), ou en arrière (fig. 12).

La *position des membres inférieurs* varie également selon que la suspension est complète ou incomplète : dans la pendaison complète, les jambes pendent toutes droites, à

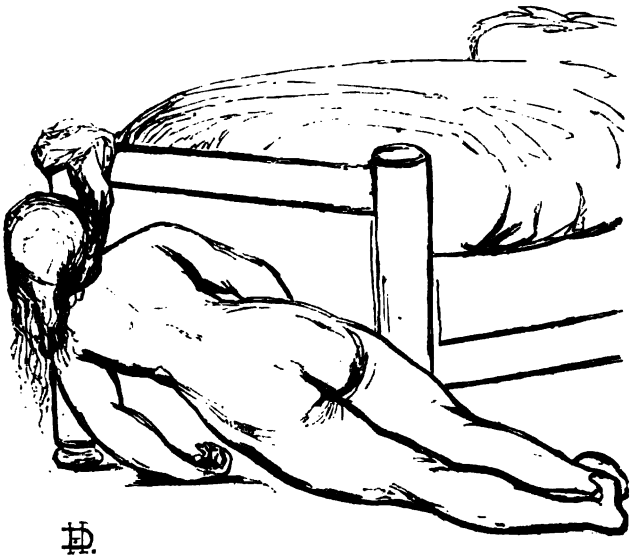

Fig. 4. — Fille détenue aux Madelonnettes, suspendue au pied de son lit à l'aide de sa chemise roulée, couchée presque à terre, a pu être rappelée à la vie. Elle était sans connaissance, la face rouge, la bouche entr'ouverte la langue un peu sortie (Tardieu [1]).

peine fléchies par la rigidité (fig. 6) ; dans la pendaison incomplète, les jambes peuvent être fléchies (fig. 13 et 14), ou porter sur le sol (fig. 8, 15 et 16), sur une chaise (fig. 10), quelquefois même sur les genoux (fig. 12), ou être complètement écartées (fig. 11) ; dans d'autres cas, on a vu le cadavre complètement assis sur le sol (fig. 9) ou étendu presque dans toute sa longueur (fig. 4).

Les jambes ont en général une *teinte* rouge, violacée

1. Les figures ci-jointes de 4 à 16 sont empruntées à l'ouvrage de Tardieu (*Études médico-légales sur la pendaison, la strangulation et la suffocation*, J.-B. Baillière et Fils).

d'autant plus intense que la suspension a duré plus longtemps.

2° *Aspect de la face.* — Il est caractéristique : d'abord

Fig. 5. — Jeune homme âgé de vingt-quatre ans, détenu à Mazas, pendu à l'angle de la fenêtre de sa cellule, à l'aide de la courroie du hamac, à laquelle il avait attaché une bande de linge et une cravate. Les pieds reposent sur le matelas et la main est prise entre le lien et le cou (Tardieu).

pâle, presque naturelle dans les premiers moments de la pendaison, la face devient bientôt bouffie et prend une coloration violacée, qui dure pendant un certain temps chez les pendus qu'on rappelle à la vie, et qui va au contraire en

augmentant lorsque la suspension persiste après la mort ; les yeux, injectés, proéminent hors de l'orbite ; la bouche est tantôt béante et la langue s'avance au dehors ; tantôt au contraire elle est serrée entre les dents ou simplement ap-

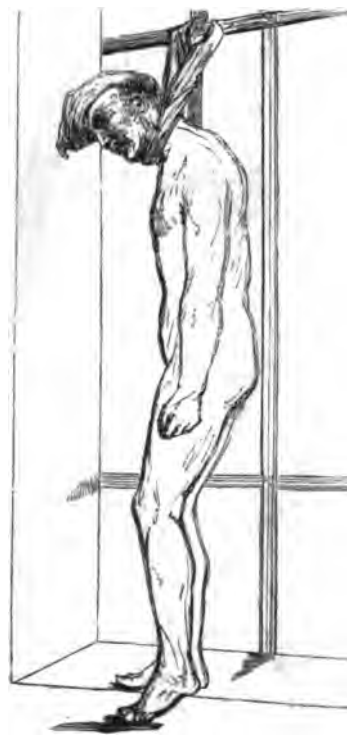

Fig. 6. — Détenu à la Force, pendu avec la manche de sa chemise, dans l'embrasure de sa fenêtre, les pieds posant sur le rebord (Tardieu).

pliquée derrière les arcades dentaires, enfin on trouve souvent une certaine quantité d'écume sanguinolente entre les lèvres et à l'entrée des narines.

3° *Examen du cou. Sillon.* — L'examen de la région du cou est des plus importants, au double point de vue des lé-

sions et des rapports de ces lésions avec la disposition du lien suspenseur. Tardieu signale d'abord ce fait intéressant que le cou des pendus présente un *allongement* tout à fait remarquable, même dans les cas de pendaison incomplète;

Fig. 7. — Suicide du prince de Condé (Tardieu).

cette élongation tient vraisemblablement à l'extension que le poids du corps exerce sur le cou qui le supporte tout entier. En dehors de cette particularité, le cou présente des lésions extrêmement importantes, qui constituent le fait capital de l'histoire médico-légale de la pendaison. Nous voulons parler du *sillon*, de l'empreinte laissée par le lien suspenseur. Aussi l'expert doit-il en connaitre à fond tous les

caractères et les décrire le plus exactement possible. Cette empreinte, dont l'aspect varie suivant la durée de la pendaison, la nature du lien et le mode de suspension, présente

Fig. 8. — Détenu à Mazas, pendu au châssis de la fenêtre, dans une position extrêmement remarquable, avec renversement forcé de la tête, par suite de la position du nœud en avant sous le menton et du plein de l'anse en arrière (Tardieu).

à étudier : sa situation, sa direction, sa forme, ses dimensions, sa profondeur et les modifications qu'elle détermine du côté de la peau.

Lien suspenseur. — La *nature* du lien peut varier presque à l'infini ; les gens qui veulent se pendre trouvent toujours de quoi remplacer une corde (cravate, ruban, ceinture,

Fig. 9. — Détenu à Mazas pendu au bec de gaz à une hauteur de 1 m. 27, à l'aide de la courroie du hamac et d'une cravate ; complétement assis par terre, la main appuyée sur le sol comme pour se relever, un tampon de linge enfoncé dans la bouche (Tardieu).

mouchoirs, manches des chemises, courroies, etc.). Il en est de même du *point d'attache* ; la moindre saillie où peut se fixer un lien quelconque suffit à un homme bien déterminé

(battant de porte, de croisée, espagnolette, barreaux de fenêtre, clou, planche, bec de gaz, etc., etc.). Ajoutons que le lien peut être simple ou double, large ou étroit, souple ou

Fig. 10. — Détenu à Mazas, pédéraste, âgé de soixante ans, pendu au châssis de la fenêtre à l'aide de la courroie, un pied posant à terre, l'autre sur une chaise (Tardieu).

rigide, et qu'il peut être fixé au point d'attache par un nœud simple, une rosette, un nœud double, le nœud du tisserand, le nœud de marin, le nœud du batelier, etc. La forme de ce nœud peut donner certaines indications sur la profession

du suicidé ou du meurtrier. La façon dont il est disposé au cou du pendu doit être examinée attentivement : il forme dans tous les cas un anneau ou une anse dans laquelle passe la tête; mais cette anse peut être : 1° *non fermée*, et le cou y

Fig. 11. — Fille détenue, pendue par un nœud coulant avec un foulard roulé et attaché sous une planche. Les jambes en glissant se sont violemment écartées et les pieds posent à terre (Tardieu).

est retenu sans être serré; — 2° constituée par un *nœud coulant* et se resserrer d'elle-même; — 3° faire un *anneau* complètement fermé et arrêté par un nœud fixe (Tardieu). Le degré de constriction et la trace des empreintes varieront naturellement dans ces divers cas.

La *situation relative* du nœud et du plein de l'anse peut varier également : ordinairement, le plein de l'anse est sous le menton et le nœud à la nuque, dans la direction du lien suspenseur (fig. 5, 7, 9, 10); quelquefois, le nœud est sur l'un des côtés, vers l'angle de la mâchoire inférieure (fig. 6); enfin, dans des cas plus rares, il est sous le menton (fig. 8) qui est ainsi fortement relevé et l'anse soutient la partie postérieure de la tête qui es renversée en arrière (Tardieu). La

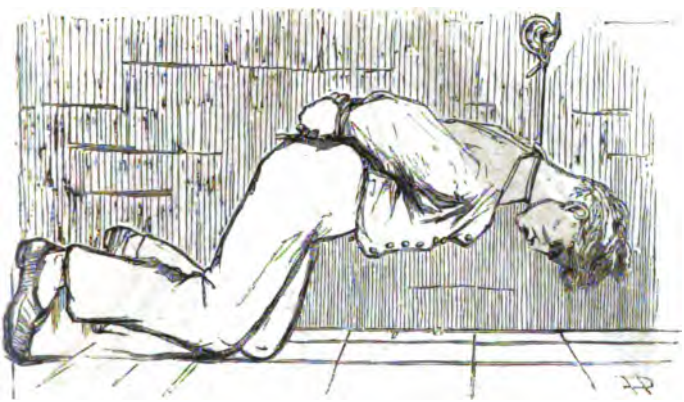

Fig. 12. — Détenu à Mazas, pendu au bec de gaz par un nœud coulant fait avec la courroie, à genoux, les mains attachées derrière le dos (Tardieu).

pression du lien se fait toujours sentir avec plus de force au milieu de l'anse; elle va en diminuant sur les parties latérales, à mesure qu'on se rapproche des extrémités, pour cesser complètement à la partie opposée au plein ; on trouve là un espace libre plus ou moins étendu. Cette disposition ne se rencontre pas dans le cas de nœud coulant, qui, sous l'action du poids du corps, se resserre et exerce sur toute la circonférence du cou une constriction égale et de plus en plus forte. Dans ce cas, le nœud détermine une empreinte d'autant plus marquée qu'il est plus dur, plus volumineux et plus serré.

Empreinte. Sillon (pl. 4 fig. 2, pl. 7 fig. 2, pl. 8, fig. 1). — Ces empreintes peuvent être exceptionnellement très peu

apparentes et même absolument nulles, par exemple dans les cas où la pendaison a été de courte durée, et a eu lieu à l'aide d'un lien épais et souple (chemise, tissu de laine, etc.). Le plus ordinairement, on trouve des traces caractéristiques, un *sillon* dont les caractères (siège, situation, direction, forme, dimen-

Fig. 13. — Ouvrier pendu dans sa chambre à l'aide d'une corde faisant nœud coulant et fixée à la flèche de son lit, sur lequel il est agenouillé (Tardieu).

sion) sont en rapport avec ceux du lien suspenseur. Le sillon *siège* en général entre le larynx et le menton : sur 143 cas, il était 117 fois entièrement entre le larynx et le menton, 23 fois sur le larynx, 3 fois au-dessous (Tardieu). — Sa *direction* est presque toujours oblique de bas en haut et d'avant en arrière, c'est-à-dire allant du plein de l'anse à ses extrémités ou au nœud d'attache. Cette empreinte peut être interrompue

dans une étendue plus ou moins grande, de forme régulière ou irrégulière, simple ou double. Pour ce dernier point, il est bon de remarquer qu'un lien simple peut laisser une

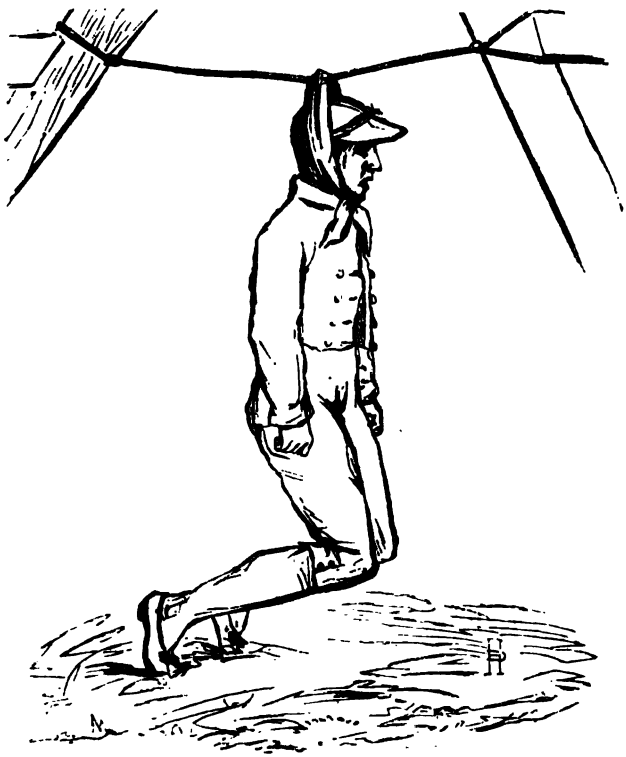

Fig. 14. — Garçon de seize ans pendu dans un grenier par une anse simple à l'aide d'un mouchoir noué sous le menton, les pieds posant dans un tas de blé (Tardieu).

double empreinte, s'il fait deux tours; dans ce cas, les deux empreintes ne sont pas toujours exactement parallèles entre elles, l'une peut être presque horizontale et l'autre oblique; enfin un lien unique peut faire deux em-

preintes, lorsqu'il est large et résistant et ne presse sur la peau que par ses bords. — Ses *dimensions* ne représentent pas toujours celles du lien qui ne presse pas également

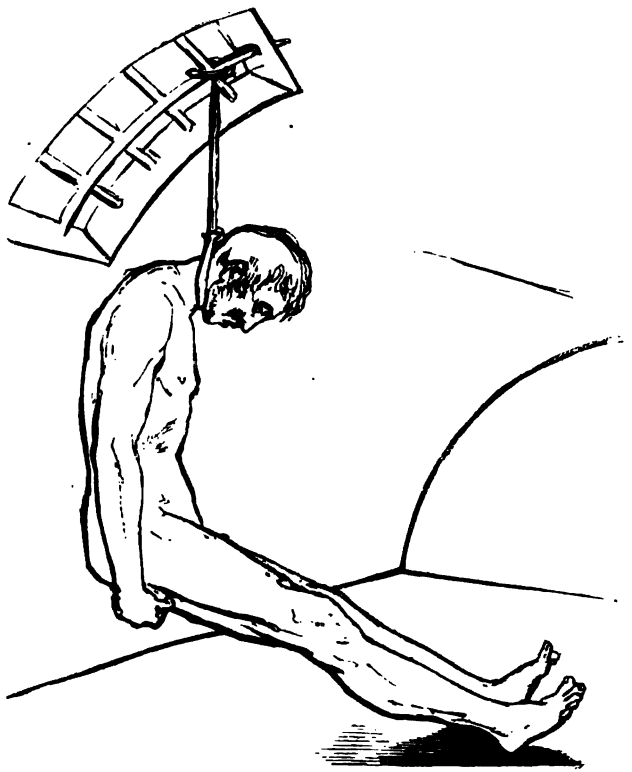

Fig. 15. — Anglais, pédéraste, pendu dans sa prison à l'aide de lanières faites avec son drap, les pieds posant sur le sol et faisant arc-boutant (Tardieu).

partout. — Sa *profondeur* varie également : elle dépend du degré de pression et de la durée de la suspension. Plus le lien est mince et coupant, plus le sillon est étroit et profond.

Hoffmann admet *deux* variétés de sillon : le sillon *parcheminé* et le sillon *mou*.

La coloration *parcheminée* du sillon ne se produit qu'après

Fig. 16. — Condamné pendu à la Conciergerie à l'aide de sa chemise roulée formant nœud coulant et fixée à une croisée très peu haute ; presque assis sur le rebord de la fenêtre, les jambes fléchies, les pieds posant sur le sol, les mains liées en avant (Tardieu).

la mort ; c'est un phénomène uniquement cadavérique, qui exige une excoriation préalable de la peau au niveau du sillon, excoriation permettant au derme de se dessécher et

de prendre l'aspect caractéristique du sillon de la pendaison.

Dans les cas où il y n'a pas d'excoriation, on a le sillon *mou*, c'est-à-dire un sillon ayant un aspect *bleuâtre* ou *blanchâtre*, qu'on observe surtout dans les cas où la pendaison a eu lieu à l'aide d'un lien épais et large (drap, serviette). La coloration blanche est due à un fait d'anémie par compression ; la coloration bleuâtre est un degré plus avancé du même symptôme, et provient, suivant Hoffmann, de ce que la peau est amincie par la pression, et laisse voir les muscles sous-jacents par transparence.

Le sillon parcheminé persiste longtemps, même quand le cadavre est resté dans la position horizontale ou a subi un commencement de putréfaction. Le sillon mou, au contraire, laisse des empreintes superficielles qui peuvent même disparaître complètement. — Ajoutons que le sillon peut manquer complètement, d'après Hoffmann, lorsque la corde n'est pas appliquée directement sur le cou, mais sur les vêtements qui l'entourent.

La peau du sillon est comme desséchée et prend un *aspect parcheminée*, tandis que les deux bords, plus ou moins *saillants*, ont une coloration parfois *violacée* ; quelquefois même, quand le sillon est profond, la peau desséchée a un aspect argentin et nacré ; cette saillie et cette teinte des bords sont dues à la stase du sang dans les couches superficielles de la peau (Tardieu). Parfois on trouve de légères excoriations ou de petites ecchymoses superficielles ; enfin dans certains cas, la peau conserve sa coloration et sa texture naturelle, par exemple, lorsque la pendaison a peu duré.

4° *Organes sexuels*. — Il n'existe jamais, comme on le croit communément, de véritable érection avec émission de liqueur séminale dans la pendaison ; on constate quelquefois, mais pas toujours, chez l'homme aussi bien que chez la femme, une certaine turgescence des parties génitales externes et internes ; chez l'homme, un écoulement de sperme très peu abondant, à peine quelques gouttes de liqueur séminale dans le canal de l'urèthre. Ce phénomène tient à une sorte de congestion passive et non à un fait d'éréthisme, et ne s'accompagne pas de la sensation voluptueuse qu'on supposait autrefois.

Lésions internes. — Les régions et les organes que devra examiner avec soin l'expert sont : les parties profondes du cou, les organes respiratoires, le tube digestif, le cœur et les centres nerveux.

a. *Parties profondes du cou.* — Toutes les parties constituantes de cette région (tissu cellulaire, muscles, larynx, gros vaisseaux, vertèbres cervicales) peuvent être intéressées dans la mort par pendaison.

Le *tissu cellulaire* ainsi que les *muscles* présentent exceptionnellement des ecchymoses et des infiltrations sanguines, mais on retrouve l'empreinte du lien constricteur sur les saillies musculaires des parties latérales du cou et particulièrement sur les sterno-mastoïdiens. — La fracture ou l'enfoncement du *larynx* ou de l'*os hyoïde* sont extrêmement rares (Remer, Orfila). — Du côté des *gros vaisseaux*, Amussat a signalé, en 1828, la *section* des tuniques moyenne et interne de la carotide primitive; cette lésion, très rare du reste, ne présente pas de rapport bien net avec le fait de pendaison. — La *luxation* des deux premières vertèbres cervicales, également peu fréquente, ne se produit que dans les cas où le nœud se trouve en avant sous le menton et la tête fortement renversée en arrière. La luxation des autres vertèbres est également possible, mais elle exige une projection violente ou une précipitation du corps dans l'espace. Ces diverses luxations s'accompagnent de déchirures profondes et d'infiltrations sanguines plus ou moins considérables.

b. *Organes respiratoires.* — Le *larynx* et la *trachée*, dont la muqueuse a une teinte uniformément rouge ou d'un rose vif, contiennent une certaine quantité d'écume épaisse, visqueuse et parfois sanguinolente (pl. 5). Ce phénomène est moins fréquent que dans la strangulation, la suffocation ou la submersion.

Les *poumons* sont le siège d'un engouement sanguin généralisé et présentent une coloration noire très foncée; mais pas d'ecchymoses, ni de foyers apoplectiques aussi bien à leur surface que dans leur épaisseur. C'est au moins l'opinion de Tardieu, car nous avons vu précédemment que les ecchymoses sous-pleurales peuvent s'observer aussi dans la pendaison (Legroux).

c. *Circulation.* — Le cœur est le plus souvent rempli de sang fluide; on y trouve rarement quelques caillots peu consistants.

d. *Organes digestifs.* — Devergie a signalé une rougeur générale du tube digestif, due vraisemblablement à un phénomène de congestion passive, résultant de la position verticale du corps. Suivant Taylor, Chevers et Gelloly, la muqueuse gastro-intestinale des pendus présente une coloration rouge caractéristique, quelquefois tellement prononcée qu'on pourrait croire à un empoisonnement par une substance irritante.

D'après Hoffmann, l'hyperémie des reins, signalée par Casper, n'existe que dans les cas où la pendaison a duré longtemps, de même pour l'hyperémie de la muqueuse intestinale. Par contre, on trouve une forte congestion de la muqueuse stomacale et des ecchymoses au niveau du grand cul-de-sac.

e. *Centres nerveux.* — Le *cerveau* n'est généralement pas congestionné; les vaisseaux intra-crâniens sont ordinairement vides et aplatis; les pendus ne meurent donc pas par la congestion du cerveau résultant de la constriction des vaisseaux du cou, comme on le croyait autrefois. C'est un fait parfaitement établi actuellement (Taylor, Smith, Faure, Tardieu). Le cerveau reste pâle et exsangue tant que dure la suspension; le sang n'afflue vers les parties déclives de l'encéphale que lorsque le corps est placé horizontalement. — La *moelle épinière* ne présente de lésions particulières que dans les cas où elle est comprimée, ou déchirée par une luxation ou une fracture des vertèbres cervicales.

Questions médico-légales. — Suivant Tardieu, les questions relatives à la pendaison dont le médecin expert doit donner la solution sont les suivantes : la pendaison est-elle la cause de la mort? Est-elle le fait d'un suicide ou d'un homicide? Quelle a été la durée de la pendaison? Y a-t-il eu un ou plusieurs meurtriers? La pendaison est-elle accidentelle? Il ne faut pas se dissimuler que, malgré la netteté, la précision apparente des signes que nous venons d'étudier, ces diverses questions ne soient souvent d'une extrême difficulté.

1° La pendaison est-elle la cause réelle de la mort ? — L'appréciation des signes de la mort par pendaison et de leur valeur est des plus difficiles, parce que, suivant Devergie, pas un de ses symptômes n'est constant et n'appartient absolument qu'à ce genre de mort. Il n'existe pas en effet de signe certain, absolu de la mort par pendaison, et la certitude ne peut se déduire que d'un ensemble de signes : Ainsi la *face*, pâle d'abord, puis rouge et enfin violacée, avec saillie des yeux dans la majorité des cas, peut très bien ne présenter aucun changement d'expression, de couleur ou de volume. — Les *empreintes* laissées sur le cou (sillon parcheminé, sillon mou, coloration violacée de la peau) peuvent aussi bien se montrer sur un corps pendu après la mort que pendant la vie (Orfila, Casper). Les ecchymoses, rares d'ailleurs, et les infiltrations sanguines dans la peau, le tissu cellulaire et les muscles, ont cependant, suivant Tardieu, une valeur incontestable comme preuve de la pendaison pendant la vie. — La *section* des tuniques interne et moyenne de l'artère carotide, proclamée par Devergie comme le plus concluant des signes de la suspension sur le vivant, outre son extrême rareté, peut être reproduite expérimentalement sur le cadavre. — La *luxation* et la *fracture* des vertèbres cervicales n'ont pas plus de valeur et peuvent aussi être reproduites après la mort (Orfila, Després) ; mais, suivant Devergie et Tardieu, les lésions qui les accompagnent (déchirures avec ecchymoses et infiltrations de sang *coagulé* dans les parties molles) ne peuvent, quoi qu'en dise Orfila, être obtenues sur le cadavre et sont un signe précieux de la pendaison pendant la vie. Dans les expériences de Christison, qui, frappant à coups de bâton le corps d'une femme morte depuis une heure et demie, produisait des extravasations sanguines, le sang était toujours *fluide* et non coagulé. — L'état des *organes sexuels* et la présence des spermatozoïdes dans le canal de l'urèthre n'ont rien de spécial à la pendaison et, suivant Orfila, Donné, Casper, Tardieu, etc., s'observent dans un grand nombre de maladies, telles que l'hypertrophie du cœur, la phthisie pulmonaire, la hernie étranglée, l'écrasement et tous les genres de mort violente. — L'*évacuation d'urine et*

des matières fécales, à laquelle Devergie donnait une grande valeur, n'est d'abord nullement constante, et se reproduit au moins aussi souvent dans tous les cas de mort violente que dans les cas de pendaison (Tardieu). — Les lésions des organes *respiratoires* et *circulatoires* sont plutôt négatives que positives, et sont loin d'être constantes. — Quant aux *centres nerveux*, ils ne présentent rien d'absolument caractéristique, puisque les vaisseaux intracrâniens, vides durant la pendaison, peuvent se remplir quand le cadavre est placé horizontalement, et qu'on ne trouve plus qu'une congestion hypostatique sans valeur.

En résumé, suivant Tardieu, on voit que, parmi les signes de la pendaison, les uns démontrent le fait de la suspension : état du cou, empreinte et sillon parcheminé, aspect de la face, turgescence et coloration des organes sexuels et des membres inférieurs ; — les autres démontrent la persistance de la vie au moment où ils se sont produits : ecchymoses superficielles ou profondes, extravasations et infiltrations de sang coagulé dans le tissu cellulaire ou les muscles de la région cervicale, écume sanguinolente dans les voies aériennes, engouement général des poumons. — L'existence simultanée de tous ces signes permettra d'affirmer à coup sûr que l'individu a été pendu vivant et est bien réellement mort par pendaison.

2° **Quelle a été la durée de la pendaison ?** — Les signes qui permettront d'affirmer que la pendaison a été prolongée sont : la bouffissure et la teinte violacée de la face, l'injection et la propulsion des yeux en avant, la dessiccation de la peau du cou au niveau du lien suspenseur, la profondeur du sillon, la turgescence des organes sexuels, le gonflement et la coloration violacée des membres inférieurs, enfin la congestion hypostatique des deux poumons (Tardieu).

Suivant Hoffmann, lorsque la pendaison a été de courte durée, et que le corps a été placé dans la position horizontale, on voit apparaître des *taches cadavériques* uniformément répandues sur tout le corps ; si la pendaison a duré longtemps, les taches cadavériques des parties inférieures, même après que le corps a été dépendu, sont d'autant plus

apparentes et persistantes que la suspension a été prolongée ; elles indiquent que la pendaison a été longue. Ce signe peut avoir une certaine valeur pour apprécier la durée de la suspension.

3° La mort a-t-elle été rapide ? — En général, dans la pendaison, la mort survient toujours promptement ; elle peut du reste être retardée par une syncope, ou rendue presque foudroyante par la luxation ou la fracture des vertèbres cervicales. Dans cette appréciation, il faut surtout tenir compte de la nature des lésions et du mécanisme de la mort.

Suivant Hoffmann, la perte de connaissance et la mort sont plus rapides dans la pendaison que dans les autres genres de mort violente, parce qu'il y a en même temps occlusion des voies respiratoires, interruption de la circulation cérébrale par la compression des gros vaisseaux du cou, enfin arrêt du cœur par compression des nerfs vagues ; c'est ce qui explique la mort même dans les cas où les pieds reposent sur le sol. Aussi ne connait-on pas d'exemple de pendu ayant pu se délivrer lui-même.

4° A quelle époque remonte la mort ? — On se basera sur l'examen des signes ordinaires de la mort (conservation de la chaleur, rigidité cadavérique, vacuité ou plénitude de l'estomac, etc.). Il n'y a ici rien de bien particulier à la pendaison. Tardieu signale cependant l'apparition généralement hâtive de la rigidité dans les muscles qui ont été le siège d'une tension excessive ou de convulsions violentes (cou, membres supérieurs et inférieurs, mains en particulier).

5° La pendaison est-elle le résultat d'un suicide ou d'un homicide ? — C'est là le point capital, une des questions les plus graves et les plus difficiles qui soient posées à l'expert, parce que, comme nous l'avons dit plus haut, il n'existe pas de signe absolument certain, infaillible de la mort par pendaison, et que tous les symptômes s'observent rarement sur le même individu. Les preuves tirées de la position du corps, des circonstances matérielles du fait en lui-même et des constatations faites sur le cadavre, sont loin d'avoir la valeur qu'on leur accorde généralement.

Cependant la *position du corps* peut être déjà une présomption : ainsi la pendaison incomplète, quelle que soit d'ailleurs l'attitude du corps (replié, accroupi, assis, presque couché, etc.), est tellement fréquente dans les cas de mort volontaire, qu'on peut, avec Tardieu, dire sans trop de paradoxe que la pendaison incomplète est nécessairement un suicide ; les meurtriers en effet ne croient jamais pendre leur victime assez haut et assez court, et la suspension incomplète leur paraitrait tout à fait insuffisante. — Les *circonstances de la pendaison*, c'est-à-dire les preuves morales tirées de la situation d'esprit, du caractère, des dispositions affectives ou des motifs qui ont pu pousser l'individu à se tuer, n'ont, suivant Tardieu, qu'une valeur absolument secondaire ; aussi engage-t-il vivement l'expert à se mettre en garde contre la rumeur publique et les premières impressions fournies par cet ordre de preuves. Il devra plutôt s'attacher à constater les possibilités ou les impossibilités matérielles : « si le lieu où a été attaché le lien suspenseur est accessible ou non ; quelle est la disposition des objets environnants ; si le lien employé a pu être en la possession du pendu ; comment il a été fixé à son extrémité supérieure et de quelle façon noué autour du cou. » A ce point de vue, tout est possible : les uns prennent pour se pendre le premier lien et le premier point d'attache venus ; d'autres, au contraire, mettent la plus grande recherche dans l'accomplissement de leur dessein, accumulent les difficultés de toutes sortes, se bandent les yeux ; se lient les mains en avant ou en arrière. Aussi doit-on être circonspect dans l'appréciation des circonstances du fait en lui-même. — Les *constatations faites sur le cadavre*, quoiqu'ayant plus de valeur, exigent une grande circonspection de la part de l'expert, car souvent les dimensions, la forme et la direction des empreintes du sillon ne sont pas en rapport avec le lien retrouvé : un lien unique peut laisser une double empreinte ; une corde volumineuse peut produire un sillon étroit, tandis qu'un lien étroit fait un sillon plus ou moins large et irrégulier.

Les différences entre les sillons produits avant et après la mort ne sont pas suffisamment nettes pour avoir une

valeur absolue. Neyding a constaté 25 fois sur 30 l'existence de petites extravasations sanguines visibles au microscope, au niveau du sillon, dans les cas où celui-ci a été produit pendant la vie; il attache à ce signe une importance qui a été contestée par Bremen. Suivant ce dernier, les extravasations microscopiques s'observent également sur le cadavre; mais Hoffmann a constaté, de même que Neyding, que, dans le cas où le sillon est produit par une corde double, il se forme entre les deux tours de corde un pli plus ou moins large, plus rouge que les parties voisines, et l'on trouve au microscope sur les bords de ce pli les vaisseaux très gonflés, et quelquefois de petites extravasations sanguines. On n'observe jamais cette disposition sur le sillon fait après la mort.

Suivant Tardieu, les ecchymoses, les infiltrations de sang coagulé dans les régions profondes du cou, les fractures de l'os hyoïde, l'écrasement des cartilages du larynx, la luxation ou la fracture des vertèbres cervicales, se rencontrent plus souvent dans les cas de pendaison homicide; mais presque toutes ces lésions ont été également observées dans le suicide (Caussé d'Albi, Liman). Ajoutons enfin que, dans la pendaison comme dans les autres genres de suicides, il existe souvent des blessures (coups de feu, coups de couteau, section incomplète du cou, etc.), qui indiquent des tentatives avortées de suicide et qui ont été faites par le pendu lui-même. Le suicidé peut aussi se blesser pendant la période convulsive contre les objets saillants. C'est un fait très rare du reste (Hoffmann). Ajoutons enfin que les lésions observées peuvent aussi avoir été faites en enlevant maladroitement le cadavre.

En dehors de ces preuves, tirées des circonstances du fait et des signes propres de la pendaison, preuves souvent insuffisantes pour affirmer le suicide ou l'homicide, on devra rechercher s'il ne peut pas y avoir d'autres causes de mort que la pendaison; il n'est pas rare en effet que celle-ci ne soit qu'un moyen de dérouter la justice. En général les meurtriers ont rarement recours à la pendaison : ils commencent par étouffer ou étrangler leur victime, qu'ils pendent ensuite pour faire croire à un suicide; mais, dans ce

cas, la strangulation s'opère avec un lien et non avec les mains, qui laissent des traces caractéristiques. Il faudra donc étudier avec soin la direction et la disposition du sillon, et rechercher les lésions propres à la strangulation (voir p. 400). La pendaison peut encore avoir été employée pour dissimuler un empoisonnement criminel (Tardieu); l'expert pourra émettre cette supposition et agir en conséquence, s'il constate que la pendaison a eu lieu après la mort, et si celle-ci ne peut s'expliquer par aucune violence extérieure.

6° **La pendaison est-elle l'œuvre de un ou de plusieurs individus?** — Tardieu pense que, « à moins d'impossibilité matérielle évidente, à moins de traces violentes multipliées, à moins de difficultés insurmontables dans le déplacement et la suspension du corps, on doit conclure non à l'action unique, mais à la possibilité d'un seul assassin. »

7° **La pendaison est-elle accidentelle?** — La pendaison peut en effet être involontaire et accidentelle; la mission de l'expert est d'expliquer les causes et les circonstances du fait, ce qui n'est pas toujours facile; les accidents de ce genre s'observent presque toujours chez de jeunes enfants qui, par curiosité, se font un jeu de la pendaison, ou dont la tête se prend accidentellement dans une corde, dans un nœud coulant.

D. — Asphyxie par submersion.

La mort par submersion est le résultat de l'obstacle à l'accès de l'air dans les voies aériennes, par le fait de l'immersion de tout le corps ou de la tête seulement dans un liquide (G. Bergeron et Montano).

Il résulte d'expériences faites par ces derniers sur les animaux que la mort par submersion présente trois périodes distinctes : 1re *période :* l'animal submergé fait une inspiration de surprise qui introduit l'eau dans les voies aériennes, et détermine, par action réflexe, des efforts de toux et l'expulsion d'une partie de l'air contenu dans les bronches et la trachée; — 2e *période :* calme de quelques secondes, pendant lesquelles l'animal volontairement ou instinctive-

ment suspend tout effort d'inspiration ; quelques secondes plus tard, efforts de défense, d'abord énergiques, puis de plus en plus faibles ; enfin convulsions et mouvements réflexes qui vont aussi en s'affaiblissant ; — 3e *période :* cessation des mouvements généraux qui coïncident avec des mouvements d'inspiration intenses, profonds et convulsifs ; insensibilité absolue à toute excitation, et la mort arrive fatalement, bien que le cœur se contracte encore. — La durée de ces trois périodes est de cinq minutes cinq secondes en moyenne. Le cœur bat encore pendant trois minutes après la cessation des mouvements respiratoires.

Suivant Legrand du Saulle , la mort dans la submersion peut se produire de deux manières : ou bien l'individu submergé respire de l'eau au lieu d'air, et, après avoir lutté plus ou moins longtemps, succombe à une véritable *asphyxie;* — ou bien l'individu tombant subitement à l'eau, éprouve un tel saisissement qu'il tombe en *syncope* et meurt de congestion cérébrale ou d'apoplexie. C'est ce qu'on observe en hiver, ou lorsque l'estomac est en pleine digestion, ou bien encore pendant l'ivresse.

Pour qu'il y ait asphyxie par submersion, il n'est pas nécessaire que le corps tout entier, ou même toute la tête soit plongée dans le liquide : on a vu mourir asphyxiés des gens dont la tête ou la figure seule était immergée ; quelquefois, on trouve des nouveau-nés noyés dans des vases ne contenant qu'un peu d'urine ou l'eau de l'amnios. Enfin il peut y avoir immersion dans les sables, la vase, les matières des fosses d'aisances, etc. (Casper).

Signes de la submersion. — Ces signes diffèrent suivant que la mort a lieu par asphyxie ou par syncope.

1° **Mort par asphyxie.** — Lorsque l'individu submergé a succombé à l'*asphyxie*, on constate l'ensemble des symptômes suivants qu'on peut diviser en :

a. *Signes externes.* — Ce sont : la *pâleur* ou plutôt la décoloration générale du corps ; au bout de huit à dix jours de séjour dans l'eau, la figure n'est plus pâle, mais d'un rouge bleu ; suivant Casper, cette pâleur ne présente rien de particulier ; on trouve quelquefois des plaques rosées ou violacées aux oreilles, aux cuisses ou sur d'autres parties. — L'*aspect*

du corps est caractéristique, suivant Bergeron et Montano : la bouche est tordue, les yeux déviés; la face entière, convulsée, porte l'empreinte de l'angoisse et de la terreur, et traduit les efforts plus ou moins énergiques qui ont précédé la mort; les membres sont souvent contracturés dans les positions les plus étranges. — La bouche est entr'ouverte, ainsi que les paupières; — la langue, souvent rouge à sa base, est serrée entre les dents ou appliquée contre les arcades dentaires. — Mertzdorf et Siebenhauer ont signalé encore la *fraîcheur* du cadavre, qui donne une sensation de froid toute spéciale. D'après Casper, ce symptôme est trop vague pour lui attribuer une valeur quelconque; — la *chair de poule*, qui, suivant Casper, a une grande valeur; on doit toujours la rechercher surtout à la face antérieure des membres, où elle siège de préférence. C'est un signe constant avant l'apparition de la putréfaction. Mais il n'est pas spécial à la submersion et se rencontre dans tous les cas de mort violente; il est dû vraisemblablement au saisissement du système nerveux; — les *excoriations* à la face dorsale et au bout des doigts, dont les ongles sont remplis de sable ou de vase. Ces excoriations, produites par le frottement ou le choc des doigts contre des pierres, des arbres, le fond de l'eau dans les efforts de la lutte pour remonter à la surface ou se raccrocher, saisir ces objets, etc., indiquent que l'individu était vivant quand il est tombé à l'eau; il en est de même pour la vase, le sable, les graviers qu'on trouve sous les ongles; mais ce signe n'a de la valeur que dans les cas où la submersion est récente; car, à une époque très avancée, il se forme sous les ongles, comme à la surface de tous les corps, une espèce de dépôt vaseux ou terreux qui n'a pas grande signification. Ajoutons que l'absence de vase ou de gravier sous les ongles, et l'absence d'excoriations ne prouvent rien contre la mort par submersion; — le *raccourcissement du pénis*. Casper appelle l'attention sur ce signe de la mort par submersion; il l'a presque toujours observé chez les noyés, même après l'envahissement de la putréfaction; — la *position de l'épiglotte*. Suivant Kanzler, l'épiglotte serait toujours dirigée en haut dans la submersion; ce

signe n'a aucune valeur diagnostique, d'après Casper.

b. *Signes internes.* — L'*estomac* contient une quantité d'*eau* qui, suivant Tardieu, ne dépasse pas un litre. On a prétendu que la présence de cette eau dans l'estomac prouvait que l'individu avait été noyé vivant, car les liquides ne peuvent pénétrer dans la cavité stomacale que par les efforts de la déglutition ; cette opinion n'est nullement démontrée, car rien ne prouve que cette eau, mêlée aux aliments, provienne réellement du milieu où plonge l'individu.

D'après Casper, cette théorie générale n'est du reste absolument pas applicable aux nouveau-nés ; il paraît établi actuellement que le fœtus fait des mouvements de déglutition dans l'œuf, et il est possible, suivant lui, qu'un enfant nouveau-né, arrivant subitement après sa naissance dans un liquide, puisse en déglutir une certaine quantité, même sans avoir respiré ; le seul fait de la présence de matières étrangères dans l'estomac ne doit donc pas faire conclure, *à priori*, que l'enfant a été plongé vivant dans le liquide. C'est ce qui peut arriver dans les cas d'accouchement dans les lieux d'aisances ou sur des chaises percées. Casper et Merklen citent des cas où, chez des enfants nouveau-nés et trouvés dans des fosses d'aisances, la docimasie pulmonaire démontrait que les poumons n'avaient pas respiré, et pourtant on trouvait dans l'estomac une petite quantité de fèces.

Les *voies aériennes* sont remplies d'une *écume blanche, mousseuse*, à bulles très fines qui s'affaissent comme des bulles de savon, lorsqu'on ouvre le larynx ou la trachée. On y trouve également de l'eau, mais en très petite quantité, la valeur d'une cuillerée à bouche environ. Cette écume mousseuse, qui ne s'observe que dans les dix ou douze premiers jours de la submersion, est due au battage de l'air avec l'eau et le mucus bronchique, dans les efforts respiratoires que fait l'individu qui se noie. Suivant Faure, cette mousse peut se former sans que l'individu soit venu respirer à la surface de l'eau; le peu d'air contenu dans les poumons au moment de la submersion suffit pour la produire. C'est également l'opinion de Casper.

Suivant G. Bergeron et Montano, il y a toujours de l'écume dans les voies aériennes, que la mort ait lieu par syncope ou par asphyxie; ils en ont trouvé chez tous les noyés qu'ils ont observés à la Morgue. C'est un phénomène constant. En général, l'abondance et la coloration de cette écume sont en raison directe de l'intensité de la congestion pulmonaire et des efforts faits par le noyé. Elle persiste longtemps après la submersion; Bergeron et Montano l'ont observée plus d'un mois après.

Ils concluent de leurs expériences que « l'existence d'une écume mousseuse non seulement dans l'arrière-bouche et le larynx, mais dans les bronches, est le seul signe constant et certain de la mort par submersion, qu'il y ait eu syncope prédominante ou asphyxie, que l'individu ait été libre de ses mouvements ou qu'il ait été jeté à l'eau après avoir été endormi par le chloroforme ou par l'opium, à moitié suffoqué, entravé dans ses mouvements, etc. »

D'après Devergie, la présence de l'écume dans la trachée et les premières voies aériennes prouve que l'individu a été noyé vivant, parce que, en raison de la largeur de ces canaux, plus les canaux sont larges, moins l'air est battu avec le mucus, et plus il faut d'efforts pour faire l'écume (Briand et Chaudé). Cette mousse, qu'on pourrait confondre avec les crachats des catarrhes, ne contient que peu de mucus et n'adhère jamais aux parois des bronches.

La *vase*, les *graviers* et les *débris* de matières végétales ne se rencontrent dans les voies respiratoires qu'après un long séjour dans l'eau; quelquefois, mais rarement, on trouve aussi des *matières alimentaires* qui, repoussées de l'estomac par le développement des gaz, sont remontées dans le pharynx pour pénétrer ensuite dans la trachée (Devergie). Lorsqu'on observe ce fait chez les individus récemment noyés, c'est, d'après Orfila, l'indice que la submersion a eu lieu pendant la vie : les aliments ont été chassés de l'estomac par les efforts de la toux, et ont pénétré dans le larynx avec l'eau, dans les mouvements respiratoires.

Les *poumons*, d'un gris sale ou violacé, sont volumineux, le plus souvent engoués, œdémateux, durs et crépitants sous le doigt : ils ne s'affaissent pas lorsqu'on ouvre le

thorax et résistent à la pression des doigts ; lorsqu'on pratique des coupes, il s'écoule une grande quantité de liquide spumeux, rosé ou même sanguinolent. A la coupe, on distingue un mélange de vésicules pleines d'air et d'un diamètre considérable avec d'autres vésicules extrêmement fines; quelques-unes, trop distendues, se sont rompues et ont livré passage au liquide, qui s'est épanché sous la plèvre.

Suivant G. Bergeron et Montano, le poumon peut offrir toutes les colorations, depuis le gris rosé le plus normal jusqu'a la teinte splénique la plus intense; la coloration gris rosé est assez rare et s'observe surtout dans les cas d'infanticide. (Casper.) La coloration presque normale se rencontre principalement dans la mort par syncope prédominante, et c'est même un des signes qui permettent d'affirmer que tel a été le mécanisme de la mort. Au contraire, quand la mort par submersion résulte de l'asphyxie, on observe une coloration foncée avec congestion considérable du poumon, qui n'existe jamais dans les cas de syncope. L'intensité de la coloration du poumon varie suivant les efforts qu'a faits l'individu pour résister à la mort. Les ecchymoses sous-pleurales, qu'on rencontre dans ce cas et qui sont dues aux mêmes causes, diffèrent, suivant Bergeron et Montano, de celles qu'on observe dans la strangulation et la suffocation par les caractères suivants : elles ont la forme de taches de formes régulières, d'un rouge sombre, d'une teinte uniforme dans toute leur surface, sauf sur les bords, où elles sont moins colorées; leur disposition à la surface du poumon est régulièrement confluente, et elles donnent à cet organe un aspect moucheté analogue à celui d'une peau de panthère. Ce signe est caractéristique des cas de submersion où la mort s'est produite par asphyxie, après que le sujet est venu respirer plusieurs fois à la surface de l'eau.

La consistance des poumons varie suivant l'intensité de leur coloration : presque normale dans les cas de mort par syncope prédominante, elle devient plus ou moins considérable dans l'asphyxie; le tissu pulmonaire perd son élasticité, il est mou, pâteux et conserve l'empreinte du doigt.

Cette augmentation de consistance s'accompagne d'une augmentation de densité.

Le *sang*, d'une teinte rouge cerise (Casper), est toujours d'une *fluidité* remarquable, suivant Tardieu et la plupart des auteurs; d'après Faure, on trouve des caillots solides et volumineux dans le cœur droit et les gros vaisseaux, lorsque le noyé n'est resté que *quelques instants sous l'eau;* on ne les rencontre ni chez les individus retirés de l'eau avant d'avoir cessé de vivre, ni chez ceux qui y ont été précipités après leur mort. C'est donc là un signe que la mort a bien eu lieu par submersion.

Suivant G. Bergeron et Montano, tantôt le cœur contient des caillots volumineux de sang noir dans les deux ventricules; tantôt il est seulement rempli de sang noir fluide; tantôt les caillots n'occupent qu'une de ces deux cavités indifféremment, la gauche ou la droite. On peut seulement affirmer avec certitude que, lorsque la mort a eu lieu par syncope prédominante, le cœur est le plus souvent presque vide, et que le peu de sang qu'il contient est noir et fluide et ne se trouve que dans les oreillettes.

L'*hyperémie cérébrale* est rare chez les noyés (Casper).

2° **Mort par syncope.** — Lorsque l'individu est mort par syncope, la face, au lieu d'être pâle, est violacée (Briand et Chaudé); dans ce cas, s'il a peu séjourné dans l'eau, le cadavre a un aspect remarquablement calme : les membres reposent naturellement, dans une direction rectiligne et parallèle à l'axe du corps; le visage, pâle, a une expression tranquille, les lèvres sont entr'ouvertes, les arcades dentaires à peine serrées; la langue est dans sa position normale, les paupières un peu ouvertes; les yeux conservent leur direction normale, mais les pupilles sont dilatées. Cette dilatation est constante dans la mort par submersion, mais elle n'a pas plus de valeur, car elle se rencontre aussi dans les morts violentes; — la trachée et les bronches ne contiennent *pas d'écume*, mais une petite quantité d'eau; — le cerveau présente un piqueté rougeâtre.

Lorsqu'il y a eu en même temps congestion cérébrale et asphyxie, on trouve les symptômes et les lésions de ces deux états morbides.

La mort, suivant Bergeron et Montano, arrive plus souvent par syncope, résultant d'une excitation brusque et violente transmise au bulbe par les nerfs centripètes, et intéressant exclusivement les nerfs sensitifs de la peau.

Questions médico-légales. — Les questions médico-légales que peut soulever la mort par la submersion sont au nombre de trois : La mort a-t-elle eu lieu réellement par submersion? Cette mort est-elle le résultat d'un suicide ou d'un homicide? Combien de temps le cadavre a-t-il séjourné dans l'eau?

1° La mort est-elle le fait de la submersion? — De tous les signes que nous avons étudiés plus haut, il n'en est pas un seul qui soit pathognomonique, et permette d'affirmer à coup sûr la mort par submersion.

Casper croit cependant qu'on a beaucoup exagéré les difficultés de ce diagnostic, et bien qu'il n'existe pas de symptôme infaillible, spécifique, on peut, suivant lui, reconnaître la mort assez facilement, bien entendu sur des cadavres non putréfiés. Elle se déduira donc de l'ensemble des signes et principalement des symptômes suivants : présence d'une *écume mousseuse* dans la trachée et les bronches; — existence d'une certaine quantité d'*eau* dans l'*estomac* et dans les *voies respiratoires*. L'expert, tout en tenant compte de ces trois ordres de phénomènes, devra noter en même temps, avec beaucoup de soin, toutes les circonstances dans lesquelles le cadavre a été trouvé : dans une rivière, une mare, un étang, une eau courante ou stagnante ; — la profondeur de la nappe d'eau; — la nature de son lit; — l'escarpement des bords; — la température régnante; — celle des jours précédents, etc., etc. (Briand et Chaudé); puis il examinera le corps et cherchera les signes que nous avons indiqués plus haut; il procédera enfin à l'autopsie, en examinant le larynx, la trachée et les bronches sans les déplacer.

2° La mort par submersion résulte-t-elle d'un suicide ou d'un homicide? — L'existence de violences étrangères à la submersion, de coups ou de blessures, peut donner quelques indications et faire présumer un meurtre, mais il n'y a là rien d'absolu; car on a vu des individus se tirer

des coups de pistolet, se frapper d'une arme quelconque avant de se jeter à l'eau; d'autres s'attachent aux jambes un poids, une pierre ou se lient les pieds ou les mains. On devra examiner toutes ces circonstances, et, dans le cas de plaies ou de blessures, étudier comme nous l'avons vu précédemment (p. 365) la forme, la direction, le siège de ces lésions, et voir si elles ont pu être faites par l'individu lui-même. — Les plaies contuses ou les simples contusions ne peuvent donner aucune indication, car elles peuvent être antérieures à la submersion ou dues au choc du corps contre des pierres, des pièces de bois ou tout autre corps dur rencontré dans la rivière. Dans les grands fleuves, la Seine en particulier, on trouve quelquefois sur les cadavres des noyés des lésions plus ou moins vastes (déchirures profondes, fractures, luxations, membres arrachés, etc.) qui sont produites par les hélices des bateaux à vapeur, les chaînes de touages, etc. On pourrait les confondre avec des lésions faites pendant la vie.

Delens, qui a étudié particulièrement cette question, pense que les lésions produites sur le système osseux des cadavres retirés de la Seine, présentent en général quelque chose de caractéristique, qu'on ne constate pas lorsque ces violences ont agi seulement sur les parties molles. Ces lésions consistent : soit en fractures multiples et comminutives produites par le mécanisme ordinaire, soit en solutions de continuité résultant d'un travail régulier d'érosion et d'usure. Dans ce dernier cas, les désordres ont toujours été produits après la mort, le cadavre ayant été saisi par quelque pièce d'une des nombreuses machines qui fonctionnent sur la Seine. L'aspect spécial et la singularité de ces solutions de continuité des os suffisent, en général, pour faire rejeter l'idée de violences criminelles.

Casper pense que les hommes qui tombent à l'eau sont beaucoup plus souvent vivants que morts, et qu'on doit plutôt supposer que l'individu était vivant; on doit songer aussi que c'est un genre de suicide fréquent; en Prusse, c'est le plus employé après la pendaison, surtout en été.

Devergie conclut de ses recherches que, dans les cas d'absence de toutes traces de violences chez un noyé, on doit

plutôt croire à un suicide ou à un simple accident, parce qu'en général, on ne se laisse pas jeter à l'eau sans résistance, sans une lutte qui laisse au moins quelques traces; enfin la submersion est moins un procédé d'homicide qu'un moyen de se débarrasser d'un individu qu'on vient de tuer.

3° **Combien de temps le cadavre a-t-il séjourné dans l'eau ?** — La durée de la submersion peut être déterminée d'après les altérations que produit sur le corps le séjour plus ou moins prolongé dans l'eau. Cette question a été tout particulièrement étudiée par Devergie. Nous avons précédemment indiqué, à propos de la putréfaction, dans quel ordre chronologique se faisaient les transformations ultimes de l'organisme après la mort dans le cas de submersion (voir p. 286).

Nous rappellerons seulement que Devergie a surtout étudié la question au point de vue des modifications que subit l'*épiderme des mains et des pieds* (voir pl. 11), modifications qui permettent de préciser, à peu près exactement, l'époque de la mort pendant une période de quatre mois et demi. Ce n'est pas l'opinion de MM. Bergeron et Montano.

Suivant ces derniers, la macération de la peau des mains et des pieds est un signe absolument sans valeur : elle indique tout simplement que le corps a séjourné dans l'eau, mais ne peut donner aucune indication sur la durée de ce séjour ; les blessures et les souillures que présentent les corps des noyés, sur les divers points de la surface cutanée, ont beaucoup plus d'importance.

Pour le reste du corps, voici quelle est la marche de la putréfaction chez les noyés : en *hiver*, du douzième au quinzième jour, en *été*, vers le troisième jour, la peau du sternum et de la face prend une teinte verte qui s'étend successivement au cou, aux épaules, à l'abdomen, puis rejoint d'autres plaques de même teinte qui ont apparu aux aines, gagne ensuite les membres supérieurs et enfin les membres inférieurs. Nous ferons remarquer que la putréfaction ne débute pas ici comme dans la terre, où elle apparait d'abord à l'abdomen, vers la région ombilicale, pour gagner de là la poitrine, le cou, la face et les autres parties du corps.

Presque en même temps, développement de gaz dans l'estomac, les intestins, les poumons, le cœur, gaz qui refoulent le sang dans les veines superficielles et le système capillaire, et donnent une coloration rouge à la face interne du cœur, ainsi qu'aux muqueuses des voies aériennes et des intestins. Ces gaz chassent également des voies respiratoires et des poumons, l'eau et la mousse qu'ils contiennent et qui sortent par la bouche; enfin ils s'infiltrent dans le tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire, et déterminent une énorme distension de la peau, la bouffissure de la face et l'écartement des membres inférieurs; cette infiltration gazeuse générale diminue considérablement la pesanteur spécifique des cadavres, qui remontent à la surface de l'eau. En hiver, quand la température est très basse, les corps ne surnagent guère qu'au bout de un mois et demi à deux mois.

Suivant Casper, chez les noyés, la putréfaction commence par la tête et le cou et descend de haut en bas, tandis que la putréfaction à l'air débute par l'abdomen et marche de bas en haut. La face, au bout de dix-huit heures en été ou trente heures en hiver, a un aspect caractéristique; le visage, les oreilles et toute la tête ont une coloration livide, sur laquelle apparaissent bientôt des taches d'un bleu verdâtre; — au bout de trois à cinq semaines en été, de deux à trois mois en hiver, la tête, le cou et une partie de la poitrine sont colorés en vert sale, marbré de rouge foncé (voir pl. 10).

On devra surtout tenir compte de la saison, de la température de l'air, et du temps que le cadavre est resté hors de l'eau. Ainsi en hiver, les phénomènes caractéristiques de la submersion persistent pendant une quinzaine de jours environ; — en été, par une température élevée, ils peuvent disparaitre au bout de trois, quatre, cinq à six et huit jours; — quelquefois, à l'air, en été surtout, la putréfaction gazeuse est tellement rapide, qu'en quelques heures les signes de la submersion pendant la vie ont disparu, et que le cadavre est méconnaissable.

Suivant Devergie, au point de vue des phénomènes de la putréfaction, voici quelles sont les différences suivant les deux saisons extrêmes, l'été et l'hiver:

En été, 5 à 8 h. de séjour dans l'eau répondent à 3 à 5 jours en hiver.
— 24 h. produisent les mêmes effets que 4 à 8 jours —
— 4 jours équivalent ordinairement à 15 jours —
— 10 à 12 jours équivalent quelquefois à 1 mois ou 6 semaines.

Pendant les saisons intermédiaires (automne, printemps), dans l'appréciation de l'époque de la mort, on devra tenir compte de la température de ce moment de l'année, de la saison, de même que de l'âge, du sexe, de l'état d'embonpoint et de santé du noyé, ainsi que de l'action de l'air au moment où il a été retiré de l'eau (Briand et Chaudé).

L'expert doit s'enquérir depuis combien de temps le cadavre a été retiré de l'eau et dans quelles conditions il est resté exposé à l'air ; un cadavre qui a séjourné quelque temps dans l'eau se putréfie en effet très vite à l'air ; aussi doit-on faire l'autopsie le plus vite possible.

La question d'époque de la submersion peut se présenter pour les nouveau-nés, lorsqu'il s'agit de savoir si le moment de la mort coïncide avec celui de l'accouchement (Casper).

Ajoutons enfin que, dans l'appréciation de la date de la mort, plus on s'éloigne de l'époque de la mort, plus il est difficile de dire combien de temps a duré la submersion, car, suivant Casper, « les phénomènes restent longtemps stationnaires dans les hauts degrés de la putréfaction ».

Résumé. — En somme, nous voyons que les quatre genres de mort violente compris sous le titre d'asphyxie (suffocation, strangulation, pendaison, submersion) sont caractérisés par un ensemble de caractères qui, dans la majorité des cas, peuvent suffire pour les faire reconnaitre sur le cadavre, par l'absence de certains signes ou la comparaison des symptômes observés ; nous les résumerons ici rapidement.

Suffocation. — Mort généralement *lente*. — Presque toujours *homicide*. — Comme lésions caractéristiques : engouement, congestion pulmonaire, noyaux apoplectiques, quelquefois emphysème plus ou moins généralisé, ecchymoses sous-péricrâniennes, sous-péricardiques et principalement *sous-pleurales*. Tardieu accorde à ces dernières une valeur absolue ; il est actuellement démontré qu'elles existent dans tous les genres de mort violente ; mais elles paraissent plus

généralisées, plus marquées et surtout plus constantes dans la suffocation ; — quelquefois écume sanguinolente et présence de matières étrangères dans la bouche et dans l'estomac, lorsque la suffocation a eu lieu par enfouissement dans un milieu plus ou moins liquide.

Strangulation. — Mort *très rapide.* — *Plus souvent homicide* que suicide. — Comme *signes généraux :* physionomie spéciale de la victime, dont la face est tuméfiée, violacée, marbrée ; ecchymoses nombreuses et très petites sur la conjonctive, le cou, la poitrine ; traces de contusions sur diverses parties du corps, indiquant une lutte. — Dans le cas de strangulation à l'aide d'un *lien :* sillon circulaire, transversal, presque horizontal, non parcheminé. — Dans le cas de strangulation à l'aide des *mains*, circonstance la plus fréquente : ecchymoses, excoriations, dont le siège, la disposition et la forme représentent exactement l'empreinte de la main du meurtrier. — Comme *lésions internes :* ecchymoses profondes, extravasations sanguines dans le tissu cellulaire sous-cutané et l'épaisseur des muscles de la région du cou ; congestion plus ou moins marquée de la muqueuse de la trachée et des bronches ; écume blanche ou rosée dans les voies aériennes ; *emphysème* plus ou moins étendu des poumons.

Pendaison. — Perte de connaissance *très prompte.* Mort *rapide.* — *Presque toujours suicide*, rarement homicide. — La pendaison peut avoir lieu dans toutes les positions du corps, les membres inférieurs reposant sur le sol ou un meuble, un objet quelconque. — Comme *signes caractéristiques :* aspect de la face d'abord pâle, puis d'autant plus violacée que la suspension a duré plus longtemps ; yeux injectés, proéminents, langue plus ou moins saillante hors de la bouche ; *sillon* pathognomonique pour ainsi dire, à direction générale oblique en fer à cheval, de la partie antérieure du cou vers la nuque ; sillon *mou* ou *parcheminé* suivant la durée de la pendaison et la nature du lien suspenseur ; injection de la muqueuse de la trachée ; un peu d'écume épaisse, visqueuse dans les voies aériennes ; poumons engoués, d'une coloration noire plus ou moins foncée, quelquefois emphysémateux.

Submersion. — Mort plus ou moins lente, suivant que l'individu succombe à *l'asphyxie* ou à la *syncope* : dans le premier cas, mort *lente* après une lutte plus ou moins prolongée ; dans le second, mort *rapide* : l'individu frappé de syncope tombe comme une masse au fond de l'eau, et ne présente aucune résistance. — Comme *signes* et *lésions* caractéristiques : décoloration générale du corps, excoriations des doigts, sable ou gravier dans les ongles, aspect particulier de la main, *écume mousseuse* dans l'arrière-bouche, le larynx et les bronches, quelquefois un peu d'eau dans l'estomac ; poumons durs, engoués, résistants, laissant, à la coupe, écouler un liquide spumeux et sanguinolent.

ASPHYXIE PAR LES GAZ DÉLÉTÈRES.

Ces gaz agissent moins par asphyxie que par les modifications plus ou moins profondes qu'ils déterminent dans le sang ou du côté du système nerveux ; aussi pourrait-on, avec Orfila ou Rabuteau, les étudier au chapitre des *Empoisonnements* ; pour suivre la marche adoptée par la plupart des auteurs classiques, nous les mettrons à la suite des asphyxies.

Lacassagne divise les gaz en quatre classes suivant leur nature ou leur mode d'action : 1° *gaz simplement asphyxiants*, ceux qui, dans une atmosphère limitée, se substituent à l'oxygène, comme l'azote, l'hydrogène, l'hydrogène protocarboné ; — 2° *gaz irritants*, qui irritent et enflamment les muqueuses en provoquant le larmoiement, la toux, etc., comme le chlore, le gaz nitreux et l'ammoniaque ; — 3° *gaz anesthésiques*, qui agissent spécialement sur les éléments nerveux comme stupéfiants ou anesthésiques, tels que l'acide carbonique, l'hydrogène bicarboné et tous les anesthésiques ; — 4° *gaz hématiques*, qui agissent sur les globules sanguins, comme l'oxyde de carbone et l'hydrogène sulfuré.

Nous étudierons ici les gaz dont les accidents asphyxiques sont les plus fréquents, c'est-à-dire l'acide carbonique et l'oxyde de carbone, le gaz d'éclairage, le gaz des égouts et des fosses d'aisances.

A. — Asphyxie par les gaz résultant de la combustion du charbon.

L'asphyxie par l'*acide carbonique* et l'*oxyde de carbone* peut se produire dans la combustion du charbon de bois, de la houille, de la braise ; c'est un genre de suicide fréquent dans les grandes villes et adopté surtout par le sexe féminin : ainsi de 1865 à 1876, sur 35,275 suicides, il y a eu 3590 asphyxies par le charbon (2236 hommes et 1354 femmes). — L'acide carbonique ne joue ici qu'un rôle secondaire ; le principe toxique est l'oxyde de carbone, qui est absolument irrespirable ; il suffit en effet d'une très petite quantité de ce gaz pour que la mort se produise. L'asphyxie par l'acide carbonique peut cependant survenir dans les milieux où il existe en très grande quantité, par exemple dans les cuves de vin, de cidre, de bière en fermentation, dans les puits, dans les endroits mal aérés où l'on entasse un trop grand nombre d'individus.

On a vu encore l'asphyxie se produire dans les cas de carbonisation de poutres placées sous les foyers, de solives à nu dans un conduit de cheminée, de pièces de bois adossées dans des murs à des poêles, à des calorifères; ces poutres peuvent se carboniser en ne dégageant qu'une odeur faible de fumée ou de plâtre cuit ; il résulte de certains faits publiés par Henke et Devergie « qu'une chaleur longtemps soutenue suffit pour carboniser une pièce de bois enfermée dans l'épaisseur d'un mur, sans même que celui-ci présente la moindre fissure. » Enfin, dans certains cas où deux cheminées sont adossées l'une à l'autre, il suffit de la moindre fente, de la plus petite crevasse, pour que les gaz d'une cheminée passent dans l'autre et déterminent des phénomènes d'asphyxie.

Symptômes. — La mort par le charbon se traduit par les caractères suivants : d'abord pesanteur de tête, céphalalgie, sensation de compression des tempes, bourdonnements d'oreilles, vertiges, tendance irrésistible au sommeil ; puis affaissement physique, perte des forces musculaires ; l'individu ne peut marcher ou chancelle comme un homme ivre ;

— intelligence encore nette ; puis troubles de la vue, perte de la sensibilité, résolution musculaire complète, accélération des mouvements respiratoires qui deviennent bruyants et tumultueux, battements du cœur désordonnés, palpitations, anxiété, angoisse ; — puis la respiration s'embarrasse, les mouvements du cœur et le pouls vont en s'affaiblissant de plus en plus, les sphincters se relâchent, enfin surviennent le coma et la mort avec ou sans convulsions ; quelquefois il y a des nausées ou des vomissements.

Un jeune ouvrier du nom de Deal, qui s'asphyxia par le charbon, eut l'idée de laisser par écrit les impressions qu'il avait éprouvées. « J'ai pensé, dit-il, qu'il serait utile, dans l'intérêt de la science, de savoir quels sont les effets du charbon sur l'homme. Je place sur une table une lampe, une chandelle et une montre, et je commence la cérémonie. Il est 10 h. 15 m. : je viens d'allumer mes fourneaux ; le charbon brûle difficilement. — 10 h. 20 m. : le pouls est calme et ne bat pas plus vite qu'à l'ordinaire. — 10 h. 30 m. : une vapeur épaisse se répand peu à peu dans ma chambre ; ma chandelle paraît près de s'éteindre ; je commence à avoir un violent mal de tête ; mes yeux se remplissent de larmes ; je ressens un malaise général ; le pouls est agité. — 10 h. 40 m. : ma chandelle s'est éteinte, ma lampe brûle encore ; les tempes me battent comme si les veines voulaient se rompre ; j'ai envie de dormir ; je souffre horriblement de l'estomac ; le pouls donne 80 pulsations. — 10 h. 50 m. : j'étouffe ; des idées étranges se présentent à mon esprit, et je puis à peine respirer ; je n'irai pas loin ; j'ai des symptômes de folie. — 10 h. 60 m. : je ne puis plus écrire ; ma vue se trouble ; ma lampe s'éteint ; je ne croyais pas qu'on dût souffrir autant pour mourir. — 10 h. 62 m.... » (Ici sont quelques caractères illisibles.)

L'aspect du cadavre varie suivant que l'asphyxie a été *lente* ou *rapide*. — Dans ce dernier cas, surtout si le corps est examiné peu de temps après la mort, la face est très pâle, les muqueuses sont décolorées, les muscles conservent leur souplesse, et l'on observe sur la *peau des mains, du ventre et de la poitrine de petites plaques rosées*. Le sang est d'un rose vif ou d'un rouge cerise (Lacassagne). — Si l'asphyxie a été

lente et que le corps ne soit examiné que quelques heures après, la face est rouge, colorée, les oreilles sont violacées, les plaques rosées qu'on observe sur la peau ont une teinte plus foncée, le sang est plus rouge, enfin la rigidité musculaire est telle que, suivant Marye, on peut enlever le cadavre tout raide en le saisissant par les extrémités (Lacassagne). — Ajoutons enfin que, dans les deux cas, la chaleur *persiste* très longtemps après la mort, que la putréfaction arrive *très lentement* et qu'enfin l'asphyxie *arrête complètement les phénomènes de la digestion* (Orfila).

Lésions anatomiques. — A l'autopsie, on trouve le *sang clair, fluide*, d'un rouge vermeil, tellement coagulable, d'après Marye, qu'il se prend en caillot en quelques minutes, et ce phénomène persiste après la mort (Ollivier). Suivant Cl. Bernard, cette coloration du sang tient à l'affinité toute spéciale des globules sanguins pour l'oxyde de carbone (affinité supérieure à celle de l'oxygène). L'oxyde de carbone leur donne une coloration rouge semblable à celle du sang artériel, coloration qui persiste, et, au spectroscope, ce sang ainsi altéré présente le spectre du sang artériel. C'est également à l'action de cette hémoglobine qu'il faut attribuer les taches rosées de la peau. Les organes riches en vaisseaux sanguins ont également une coloration vermeille. Le *parenchyme pulmonaire* est rouge, mais ne présente ni noyaux apoplectiques, comme chez les individus étranglés, ni ecchymoses sous-pleurales, qu'on observe ordinairement dans le cas de suffocation (Legrand du Saulle). Le *foie* a quelquefois une couleur verdâtre (Devergie). La muqueuse des *voies digestives* a une coloration rouge ; le *cerveau* ne présente rien de particulier quand la mort a été rapide; il est congestionné si l'asphyxie a été lente.

Questions médico-légales. — L'expert n'aura pas seulement à constater que la mort a eu lieu par le charbon, il devra répondre aussi aux questions suivantes :

1° *Pour qu'il y ait asphyxie, est-il nécessaire que la pièce où s'est opérée la combustion soit parfaitement close?* Non ; on a vu des asphyxies accidentelles se produire dans des cuisines, dans des laboratoires où il y avait des courants d'air. Lors-

que le local est imparfaitement clos, l'asphyxie peut avoir lieu, mais elle est plus lente.

2° *Quelle est la quantité de charbon qui, dans un cas donné, a dû être nécessaire pour produire l'asphyxie ?* — Pour que l'air d'une pièce cesse d'être respirable, il faut qu'il renferme un centième d'oxyde de carbone. L'expert devra donc calculer d'abord la capacité de la pièce, puis la quantité de charbon employée, pour évaluer la quantité qui a dû brûler et produire la proportion d'oxyde de carbone nécessaire à l'asphyxie (Briand et Chaudé). On ne peut avoir sur ces données que des valeurs approximatives, car il faut tenir compte de la nature du combustible, les différents charbons (braise, houille, charbon de bois) contenant des proportions très variables de carbone. Suivant Félix Leblanc, 1 kilogramme de braise ou de charbon peut rendre irrespirable l'air d'une pièce de 25 mètres cubes. Enfin, d'après Ebelman, la braise des boulangers fournit la plus grande quantité d'oxyde de carbone.

3° *Combien faut-il de temps pour produire l'asphyxie ?* — Il est également difficile de répondre à cette question ; il faudra tenir compte des circonstances du fait en lui-même (nature du charbon, étendue et forme de la pièce, clôture plus ou moins complète, situation de la personne par rapport au foyer de combustion, aux fenêtres, à la porte, etc., etc.).

4° *Quelle peut être l'influence du sexe et de l'âge ?* — Il semble résulter de l'ensemble des faits que les enfants succombent plus rapidement que les adultes (Castelnau), et les hommes que les femmes.

5° *Quelle est l'influence de l'asphyxie sur la digestion ?* — D'après Marye, Ollivier (d'Angers) et Orfila, les vapeurs de charbon suspendent les phénomènes digestifs ; ce fait peut avoir son importance lorsqu'il s'agit de déterminer si l'individu était à jeun, ou combien de temps s'est écoulé entre l'asphyxie et son dernier repas.

6° *Deux personnes étant soumises en même temps à l'influence d'une atmosphère viciée par les vapeurs du charbon, l'une peut-elle survivre à l'autre ?* — Le fait peut très bien se présenter, l'une des personnes s'étant trouvée fortuitement ou volontairement dans une position telle, près d'une fenê-

tre, d'une porte ou d'une cheminée, qu'elle a pu respirer l'air extérieur et résister jusqu'au moment où le charbon a été soit épuisé, soit éteint par une cause quelconque. Il y a là un point de détail que l'expert ne doit pas négliger.

7° *Le danger est-il le même, que l'individu soit étendu sur le sol ou sur un lit, un siège plus ou moins élevé ?* — D'après Orfila, les gaz de la combustion du charbon se mêlent rapidement, et l'on trouve les mêmes proportions d'acide carbonique, d'oxyde de carbone, d'hydrogène carboné, d'azote et d'oxygène dans tous les points d'une pièce parfaitement close ; les dangers de l'asphyxie sont donc les mêmes à toutes les hauteurs. Ce n'est pas l'opinion de Coulier : suivant lui, l'air vicié qui s'échappe du fourneau est plus léger que l'air et va occuper la partie supérieure de la pièce ; — lorsqu'il est suffisamment refroidi, il est plus lourd et va se rassembler sur le parquet ; — lorsque la diffusion a eu le temps de s'opérer, le mélange devient uniforme. Cette diffusion s'opère assez lentement pour que, dans une pièce de capacité moyenne, telle couche puisse être asphyxiante sans que les autres aient cette propriété (Lutaud).

8° *Une syncope rapide peut-elle préserver de l'action délétère des vapeurs du charbon ?* — Elle peut retarder les accidents, mais ne peut les empêcher de se produire, parce que la respiration continue de s'effectuer, faiblement il est vrai ; mais les gaz délétères n'en sont pas moins respirés, et la mort arrive au bout d'un temps plus ou moins long.

B. — Asphyxie par le gaz d'éclairage.

Le gaz d'éclairage, délétère par lui-même, doit ses propriétés toxiques à l'hydrogène bicarboné, à ses carbures d'hydrogène et surtout à l'oxyde de carbone qu'il contient. Heureusement que son odeur très caractéristique avertit du danger bien avant l'apparition des accidents ; cette odeur devient sensible en effet quand il est mêlé à l'air atmosphérique dans la proportion de 1/10000e, et très sensible à 1/750e (Lacassagne). A 1/11e de l'air renfermé dans un bocal clos, il détone avec violence à l'approche d'un corps en ignition.

En général, l'asphyxie se produit avant que le gaz arrive à cette proportion.

Symptômes. — Le gaz d'éclairage parait avoir une action spéciale sur le système nerveux: si son action est *lente*, elle se traduit par des nausées, de la céphalalgie, des étourdissements, un affaiblissement considérable. — S'il y a au contraire intoxication *rapide*, on observe une céphalalgie intense, des vertiges, bientôt une altération profonde de la sensibilité, de la motilité et des facultés intellectuelles; puis des phénomènes asphyxiques, c'est-à-dire de la dyspnée, des troubles profonds de la respiration et enfin une prostration complète se terminant par la mort. Il y a eu en somme empoisonnement, puis asphyxie.

Lésions anatomiques. — On trouve une congestion cérébrale très intense et un engorgement du système veineux du rachis; le sang est noir et *coagulé*, ce qui distingue ce genre d'asphyxie de la mort par le charbon; les voies aériennes sont injectées, les bronches remplies d'une écume blanchâtre, visqueuse et sanguinolente; le parenchyme pulmonaire est d'un rouge vif (Tourdes) qui contraste avec la teinte grisâtre de la surface. Enfin, comme dans toutes les asphyxies, on trouve des plaques rosées sur la peau, spécialement sur les cuisses.

Questions médico-légales. — Les accidents d'asphyxie provoqués par le gaz d'éclairage sont fréquents, surtout en hiver. Le médecin expert peut être consulté dans certains cas de réclamations de dommages-intérêts, lorsqu'une mauvaise installation d'appareils à gaz, destinés à l'éclairage ou au chauffage, vient à déterminer des accidents d'intoxication aiguë ou chronique.

On peut ranger dans la même catégorie les cas d'asphyxie par les vapeurs d'*huile de pétrole*, de *schiste*, d'*essence minérale*.

C. — Asphyxie par les fosses d'aisances.

Les propriétés toxiques des gaz qui se dégagent des fosses d'aisances, sont dues à l'action simultanée de l'acide sulfhydrique ou hydrogène sulfuré, du sulfhydrate d'ammoniaque,

de l'ammoniaque, de l'azote et des hydrogènes carbonés. Le premier surtout, que les ouvriers désignent sous le nom de *plomb*, est le plus dangereux, car il est absolument irrespirable; il suffit de 1/1000e dans une atmosphère limitée pour tuer un chien.

Symptômes. — Ces différents gaz peuvent agir tous ensemble ou isolément. L'*hydrogène sulfuré* et le *sulfhydrate d'ammoniaque* déterminent quelquefois la mort instantanée: le plus ordinairement, leur action est plus lente et se traduit par les troubles suivants : douleur vive à la tête et à l'épigastre, avec sensation d'un poids énorme sur ces régions, de là l'expression de plomb que lui donnent les ouvriers; — puis perte de connaissance: le corps est froid, la face livide; — écume roussâtre à la bouche; yeux ternes, pupilles dilatées et immobiles; pouls petit, presque imperceptible, irrégulier; quelquefois douleurs aiguës, et le malade meurt dans des convulsions; d'autres fois insensibilité et prostration se terminant par une mort sans secousses. — Les émanations *ammoniacales* produisent surtout des phénomènes d'irritation vers la muqueuse du nez, les conjonctives et les bronches; elles peuvent aussi amener l'asphysie, mais leur action n'est pas assez rapide pour qu'on n'ait pas le temps de se soustraire au danger (Legrand du Saulle).

Lésions anatomiques. — A l'autopsie, on trouve les lésions ordinaires de l'asphyxie, mais les cadavres se putréfient très rapidement.

D. — Asphyxie par les gaz des égouts.

Les gaz qui peuvent ici produire l'asphyxie sont : l'azote, l'acide carbonique, l'acide sulfhydrique seul ou mélangé à des gaz hydrocarbonés, qui se dégagent en grande quantité dans les opérations du curage des égouts, lorsqu'on remue toutes les matières en putréfaction. C'est surtout l'*acide sulfhydrique* qui agit.

Les **symptômes** que produisent les gaz des égouts ou des puisards sont les suivants : état de défaillance et de faiblesse extrême, sentiment de torpeur et d'anéantissement, ralen-

tissement des battements du cœur et des mouvements respiratoires, puis asphyxie généralement très rapide. Quand l'individu est rappelé à la vie, agitation et même délire furieux, quelquefois véritable folie accompagnée de mouvements spasmodiques et de tremblement général (Briand et Chaudé).

Les **lésions anatomiques** sont caractéristiques; la texture des organes est profondément altérée ainsi que la composition du sang, qui est noir et plus coagulable; le cœur, l'encéphale, la rate et les reins renferment un sang noir et épais; ils ont une coloration brune, noirâtre; les parties molles sont flasques, dégagent une odeur fétide et se putréfient rapidement.

Mort par la chaleur extérieure.

La mort par l'action de la chaleur extérieure et par l'ardeur des rayons solaires s'observe dans les pays tropicaux. Comme ces accidents sont presque toujours foudroyants, le médecin expert peut être consulté par la justice pour déterminer la cause réelle de la mort. Il doit donc connaître les symptômes et les lésions produites par les *insolations*, ou *coups de soleil*, et les *apoplexies par coup de chaleur*. Les *coups de soleil*, suivant Lacassagne, se distinguent des *coups de chaleur*, en ce qu'ils sont plus fréquents dans les pays tempérés, et frappent seulement une partie quelconque du corps; — les *coups de chaleur*, au contraire, spéciaux aux pays chauds, agissent sur l'organisme tout entier, dont ils élèvent la température à un degré incompatible avec la vie. Les accidents dus à l'élévation de la chaleur s'observent le plus souvent au moment des grandes chaleurs, d'avril à juillet. Il n'est même pas nécessaire que le corps soit exposé à l'action directe du soleil, on a vu des accidents survenir pendant la nuit, dans des logements étroits et mal ventilés (Lacassagne).

Symptômes. — D'après Morehead, on peut observer les trois formes suivantes : 1° *forme cérébro-spinale*; comme symptômes prémonitoires : céphalalgie violente, délire, turgescence de la face, sécheresse et chaleur de la peau, assoupissement, pouls plein, vite mais dépressible, soif intense,

urines rares; — puis survient l'attaque : respiration irrégulière, oppression, assoupissement, pupilles contractées, cœur tumultueux; pouls faible, convulsions, battements du cœur très affaiblis, face pâle et livide, pupilles dilatées, respiration stertoreuse, et mort dans le coma en deux ou neuf heures; — 2° *forme cardiaque :* l'individu tombe subitement à terre sans connaissance, cherche à respirer et meurt aussitôt; quelquefois, comme prodromes : faiblesse, vertiges, assoupissement, respiration embarrassée, vomissements, face pâle, peau froide et moite, pouls petit, convulsions et mort par syncope; — 3° *forme mixte :* d'abord douleurs de tête, délire avec loquacité et rire sardonique; puis face pâle, pouls petit, dyspnée de plus en plus intense et mort avec tous les symptômes de l'asphyxie (Lacassagne). Cette dernière forme est la plus fréquente. Parmi les symptômes vagues qui peuvent s'observer dès le début, et faire soupçonner que la vie d'un individu est menacée par le coup de chaleur, il en est trois qui doivent attirer l'attention : chaleur excessive de la peau, constriction énergique et très douloureuse au creux épigastrique, enfin besoins fréquents et pressants d'uriner (Hestrés).

Suivant Lacassagne, on peut ramener à trois groupes les causes nombreuses de la mort par la chaleur : 1° *mort par élévation rapide de la température du sang ;* lorsqu'elle arrive brusquement à 45°, la chaleur en excès agit comme agent toxique par accumulation de l'oxygène dans le sang, il y a quelques convulsions, et la mort survient par coagulation du sang du ventricule gauche, arrêt de la circulation et asphyxie consécutive par suspension des fonctions du diaphragme; — 2° *mort par échauffement graduel ou plus lent de tout le corps :* la mort arrive par un trouble de l'innervation dû à l'accumulation de l'acide carbonique, avec arrêt du cœur dans le relâchement, comme après l'excitation du pneumogastrique, puis phénomènes d'asphyxie; — 3° *mort par échauffement des centres nerveux :* l'individu succombe à des accidents de méningite aiguë.

Lésions anatomiques. — *Dans le cas de mort par coup de chaleur*, la rigidité cadavérique apparaît de très bonne heure (une heure environ); on observe sur le corps des taches livides, irrégulières, surtout sur la poitrine et les bras

(Baxter); une mousse abondante et sanguinolente sort des narines et de la bouche; le refroidissement du corps est très lent; au bout de dix heures, la température des cavités splanchniques est encore très élevée (Vallin); le cœur est dur et complètement rigide; le cœur droit est rempli de sang noir et liquide, le cœur gauche vide et rétracté, d'une *dureté ligneuse* (Wood), tout à fait caractéristique. Du côté des autres viscères (foie, rate, reins), hyperémie plus ou moins marquée; dans les cavités pleurales et péricardiques, exsudations séreuses ou sanguinolentes; enfin les poumons sont le siège d'une congestion énorme, excessivement intense (Mac Cléan); ils sont d'un rouge noir, ne crépitent plus et, suivant Hestrés, offrent à la vue et au toucher l'aspect de deux vastes caillots sanguins.

Dans les cas d'*insolation*, on peut trouver à l'autopsie tous les signes d'une méningite superficielle, de la congestion des membranes du cerveau, ou bien un épanchement sanguin entre la dure-mère et le crâne.

Questions médico-légales. — Dans les cas de mort présumée par élévation de la chaleur extérieure, l'expert devra surtout tenir compte : des circonstances du fait, c'est-à-dire, de la température atmosphérique du jour de l'accident, des conditions météorologiques (chaleur accablante précédant les orages d'été); — de la profession de l'individu (soldats en marche, moissonneurs, maçons, couvreurs, chauffeurs de machines à vapeur, etc.); — de l'âge : le coup de chaleur est fréquent chez l'adulte, rare chez les enfants, plus encore chez les vieillards et les femmes; c'est le contraire pour l'insolation; — de la constitution de l'individu, et des conditions particulières du moment (marches forcées, fatigues, privations, vêtements trop lourds et trop chauds); — enfin des abus alcooliques. Dans bien des cas, le diagnostic ne pourra s'établir que par élimination.

Mort par le froid.

Ce genre de mort n'est pas rare dans le nord de la Russie, où tous les ans plus de 700 individus succombent à l'action du froid.

Symptômes généraux. — Dans les cas où cette action est *brusque* et *violente*, voici les symptômes observés par Desgenettes dans la retraite de Russie : troubles de la vue, les yeux sont comme couverts d'un voile, fixes et hagards; les muscles du cou se raidissent et fixent peu à peu la tête à droite ou à gauche; la raideur envahit ensuite le tronc; les membres abdominaux se fléchissent, et l'individu tombe à terre, offrant tous les symptômes de la catalepsie ou de l'épilepsie.

Lorsque le froid agit longtemps et qu'à son action s'ajoute la privation de nourriture, la mort arrive par asphyxie. « Le sujet, dit le Dr Schrimpton, éprouve un engourdissement général, quelquefois de la douleur dans les membres et aux aines; la contraction musculaire ne se fait plus qu'avec difficulté. La face est rouge, tuméfiée; les lèvres sont bleuâtres, les yeux saillants; les mains se gonflent et rougissent; le pouls est petit et faible; la respiration est lente; les yeux prennent l'expression de l'égarement; la marche est incertaine et vacillante; le malade conserve sa connaissance, mais on dirait un homme ivre; on le relève, et il retombe. »

Suivant Larrey, qui a étudié longuement cette question pendant la retraite de Russie, la mort par le froid « était devancée par la pâleur du visage, par une sorte d'idiotisme, par la difficulté de parler, la faiblesse de la vue, et même la perte totale de ce sens; dans cet état, quelques-uns marchaient plus ou moins longtemps, conduits par leurs camarades ou leurs amis; l'action musculaire s'affaiblissait sensiblement, les individus chancelaient sur leurs jambes comme des hommes ivres; la faiblesse augmentait progressivement jusqu'à la chute du sujet, signe certain de l'extinction totale de la vie. »

Quant au mécanisme de la mort, il varie suivant les conditions : la mort par *refroidissement rapide et progressif de l'organisme* est due à l'*anémie* cérébrale résultant de l'affaiblissement du cœur et des fonctions pulmonaires (Walther, Lacassagne). — La mort *par refroidissement lent et continu* se produit par *congestion* cérébrale et accumulation de l'acide carbonique dans le sang (Mathieu et Urbain). — La

mort par *refroidissement ou congélation d'une partie du corps* est déterminée par des *embolies* (Crecchio).

Lésions anatomiques. — Les cadavres gelés ont un aspect caractéristique : ils semblent avoir été figés sur place et conservent l'attitude qu'ils avaient dans les derniers instants de la vie ; la figure est pâle et exprime la terreur, les yeux sont grands ouverts et cataractés, les joues enfoncées, les mâchoires serrées, le nez pointu, effilé, les cheveux dressés sur le front ; les poils sont raides comme dans le phénomène de la chair de poule ; les organes génitaux sont ratatinés chez l'homme ; on trouve des rougeurs érythémateuses sur les bras, les cuisses et principalement la face ; le corps ne dégage pas l'odeur cadavérique ordinaire. Suivant Blosfeld, on peut apprécier la durée de l'agonie et le séjour du mourant dans une chambre chaude, par les engelures qu'on trouve sur les mains, les pieds, la face et les parties génitales. A l'autopsie on trouve surtout une hyperémie intense du côté du cœur, des poumons et du cerveau ; les os sont très fragiles, les muscles se laissent déchirer facilement, le cristallin est opaque ou troublé, enfin le sang toujours gelé a une coloration d'un rouge vermeil vif. Ces lésions, surtout les phénomènes d'hyperémie cérébrale, ne sont pas absolument constantes, puisqu'on observe souvent de l'anémie et non de la congestion cérébrale (Samson, Himmelstiern). Le cœur est rempli d'un sang plus ou moins coagulé noir et rougissant très peu au contact de l'air ; l'endocarde est manifestement hyperémié (Blosfeld et Dieberg). Suivant Crecchio, le sang, vermeil à l'état de congélation, devient sombre en dégelant.

Questions médico-légales. — La mort par le froid ne présente pas de caractères spéciaux, pathognomoniques ; aussi l'expert devra-t-il surtout tenir compte des circonstances du fait, c'est-à-dire des conditions climatériques, atmosphériques dans lesquelles on a trouvé le cadavre, de l'âge, du sexe, des habitudes alcooliques de l'individu, etc. Il y a rarement lieu d'examiner s'il y a eu suicide ou homicide ; presque toujours il s'agit d'un accident, excepté dans les cas d'infanticide, où la question de crime peut se présenter.

Mort par inanition.

Elle accompagne souvent la mort par le froid; le médecin peut être appelé à constater si un individu a succombé à la privation de nourriture.

L'inanition peut se présenter à l'état *aigu*, quand des individus (voyageurs égarés, mineurs, naufragés, etc.) sont tout à coup privés de nourriture; ou à l'état *chronique*, dans les temps de famine ou de disette, comme on l'observe quelquefois au Bengale ou en Algérie.

Symptômes. — Dans l'*inanition aiguë*, la mort est généralement lente. Suivant Casper, « un homme bien portant et sain ne succombe à une abstinence complète de nourriture *ordinairement* qu'après quinze jours, de sorte que *vice versa*, si la mort a eu lieu par abstinence, on pourra conclure qu'un tel laps de temps s'est écoulé. » Dans les cas où il n'y a pas eu privation de boisson, on a vu la vie se prolonger 40, 50, 60 jours (Serrurier).

Les effets généraux de la privation d'aliments sont les suivants : d'abord sensation de la faim, avec douleurs épigastriques violentes; puis, au bout de quelques jours, cette sensation disparait presque complètement; — face pâle; — tristesse, abattement, faiblesse, refus de faire tout mouvement; — tuméfaction des gencives, diminution ou suppression de la salive, enduit blanchâtre et épais sur la langue, haleine chaude et fétide; — selles d'abord copieuses au début, puis de plus en plus insignifiantes, solides et vertes; vers la fin, elles sont liquides, il y a une sorte de diarrhée colliquative; — respiration moins fréquente, puis haletante vers la mort; — pouls petit et misérable; — diminution des sécrétions, même des urines, qui pourtant ne se suppriment pas complètement; — perte de calorique de plus en plus marquée, surtout dans les dernières quarante-huit heures; — sécrétion biliaire à peine sensible; — quelquefois des sueurs profuses; — peau fétide et recouverte d'une sorte d'enduit sale. — Comme troubles nerveux : au début, agitation, fièvre, insomnie, hallucinations, délire, puis collapsus, coma, convulsions. — Vers la fin, amaigrissement tel que

l'individu est réduit à l'état squelettique ; disparition du tissu musculaire, articulations volumineuses, face pâle et livide, yeux enfoncés dans les orbites, pommettes saillantes, nez allongé et effilé, lèvres pâles et minces, menton pointu, oreilles blanches et comme tirées en arrière. Perte de poids considérable surtout dans les deux premiers jours.

L'*inanition chronique* se traduit par un ensemble de phénomènes qui ont été bien décrits par de Merssemann, sous le nom de *fièvre de famine*. « Le premier degré se caractérise par tous les signes qui sont propres à l'appauvrissement du sang : la pâleur, l'amaigrissement, la tristesse, le découragement, la difficulté de la digestion, la distension du ventre, l'enflure des extrémités inférieures, l'affaiblissement du système musculaire, et, par suite de la douleur dans les membres, les mouvements pénibles, le travail difficile. Ce qui frappait d'abord, c'était l'extrême maigreur du corps, la livide pâleur du visage, les joues creuses, et surtout l'expression du regard, dont on ne pouvait perdre le souvenir quand on l'avait subi une fois ; il y a, en effet, une étrange fascination dans cet œil où toute la vitalité de l'individu semble s'être retirée, qui brille d'un éclat fébrile, dont la pupille, énormement dilatée, se fixe sur vous sans clignotement et avec un étonnement interrogatif, où la bienveillance se mêle à la crainte. Les mouvements du corps sont lents, la marche chancelante ; la main tremble ; la voix, presque éteinte, chevrote. L'intelligence est profondément altérée ; les réponses sont pénibles ; la mémoire, chez la plupart, est à peu près abolie. Interrogés sur les souffrances qu'ils endurent, les infortunés répondent qu'ils ne souffrent pas, mais qu'ils ont faim ! L'haleine est d'une grande fétidité, la langue amincie, pointue, oblongue, tremblotante, presque toujours rouge ; la pointe, souvent aphtheuse, est partout couverte d'un enduit jaunâtre et épais ; l'épigastre est creux, et la peau, dans cette région, est pour ainsi dire collée à la colonne vertébrale... Parfois il y a météorisme. La respiration est lente. Le pouls est tantôt très fréquent, tantôt très lent, très dépressible et d'une petitesse étonnante. Toutes les sécrétions sont modifiées, la peau devient

sèche, jaune, semblable à du parchemin..... Enfin, comme derniers indices de l'extrême appauvrissement du sang : la peau se couvrait de vastes ecchymoses ou de taches pourprées qui devenaient confluentes quelquefois, et les tristes victimes de la famine rendaient le dernier soupir au milieu de l'agitation, de la carphologie ou de la fatigante loquacité du délire famélique. »

Lésions anatomiques. — Le cadavre des individus morts d'inanition présente l'aspect suivant : le corps est arrivé au dernier degré de marasme, la graisse a complètement disparu, la peau est sèche, ratatinée ou couverte d'un enduit gris sale ; les yeux sont ouverts, rouges et chassieux ; quelquefois on trouve des altérations de la cornée (Brett) ; la langue et le gosier sont desséchés et comme brûlés ; le corps dégage une odeur fétide (Morgagni), et, selon Fodéré, la putréfaction est rapide (Lacassagne).

A l'autopsie, tous les organes ont diminué de volume et de poids ; la graisse a complètement disparu, excepté dans le canal médullaire des os ; le système musculaire est considérablement réduit ; le cœur est rétracté ; la masse du sang est réduite aux 3 ou 4 dixièmes de sa quantité normale ; le système veineux est engorgé, principalement les capillaires abdominaux ; les poumons et les reins sont à peu près normaux ; le cerveau est anémié ; le tube digestif est revenu sur lui-même, plissé, rétréci ; ses parois sont amincies (Donavan) ; mais pas d'altération stomacale, pas de ramollissement, pas d'entérite, comme le croyait Hattute ; absence complète de suc gastrique ; le foie, la rate, le pancréas sont diminués de volume ; dans la vésicule biliaire, on trouve une bile noire et épaisse comme du jus de réglisse (Lacassagne).

Questions médico-légales. — Les questions qui peuvent être soumises à l'expert sont les suivantes : 1° *La mort est-elle le résultat de la privation de nourriture ?* — La réponse se déduira de l'examen du cadavre, des signes que nous avons indiqués précédemment et de l'autopsie. — 2° *L'inanition est-elle la conséquence d'un accident, d'un crime ou d'un suicide ?* — Le suicide par inanition est un genre de mort très rare ; on l'observe presque exclu-

sivement chez les prisonniers, les mélancoliques et les aliénés. La question d'accident ou de meurtre se déduira de l'examen des circonstances du fait en lui-même. Il n'y a pas là d'indications spéciales, ni des règles générales à poser.

Mort par fulguration.

La plupart des auteurs admettent que les individus frappés de la foudre meurent par asphyxie ; le fait est des plus discutables ; il y aurait plutôt ici une action sur le système nerveux en général, comme le pense Devergie. Du reste, les *questions médico-légales* soulevée par ce genre de mort se réduisent à la seule constatation du fait en lui-même, les circonstances dans lesquelles il se produit ne laissant aucun doute sur la cause de la mort.

DES EMPOISONNEMENTS.

Législation. — *Code pénal.* Art. 301. — Est qualifié *empoisonnement* tout attentat à la vie d'une personne par l'effet de substances qui *peuvent donner la mort* plus ou moins promptement, de quelque manière que ces substances aient été employées ou administrées, et quelles qu'en aient été les suites.

C. P. Art. 302. — Tout coupable d'assassinat, de parricide, d'infanticide et d'empoisonnement sera puni de mort.

C. P. Art. 317. — § 4. Celui qui aura occasionné à autrui une maladie ou incapacité de travail personnel, en lui administrant volontairement, de quelque manière que ce soit, des substances qui, sans être de nature à lui donner la mort, sont nuisibles à la santé, sera puni d'emprisonnement d'un mois à cinq ans et d'une amende de seize francs à cinq cents francs ; il pourra de plus être renvoyé sous la surveillance de la haute police pendant deux ans au moins et six ans au plus. — § 5. Si la maladie ou incapacité de travail personnel a duré plus de vingt jours, la peine sera celle de la réclusion. — § 6. Si le coupable a commis soit le délit, soit le crime spécifié aux deux paragraphes ci-dessus, envers un de ses ascendants tels qu'ils sont désignés en l'article 312, il sera puni, au premier cas de la réclusion, et au second cas des travaux forcés à temps.

LOI TENDANT A LA RÉPRESSION PLUS EFFICACE DE CERTAINES FRAUDES DANS LA VENTE DES MARCHANDISES (des 10, 19 et 27 mars 1851).

ARTICLE PREMIER. — Seront punis des peines portées par l'art. 423 du Code pénal :

1° Ceux qui falsifieront des substances ou denrées alimentaires ou médicamenteuses destinées à être vendues ;

2° Ceux qui vendront ou mettront en vente des substances ou denrées alimentaires ou médicamenteuses qu'ils sauront être falsifiées ou corrompues ;

3° Ceux qui auront trompé ou tenté de tromper, sur la qualité des choses livrées, les personnes auxquelles ils vendent ou achètent, soit par l'usage de faux poids ou de fausses mesures, ou d'instruments inexacts servant au pesage ou mesurage, soit par des manœuvres ou procédés tendant à fausser l'opération du pesage ou mesurage, ou à augmenter frauduleusement le poids ou le volume de la marchandise, même avant cette opération, soit enfin par des indications frauduleuses tendant à faire croire à un pesage ou mesurage antérieur et exact.

ART. 2. — Si, dans les cas prévus par l'article 423 du Code pénal ou par l'article premier de la présente loi, il s'agit d'une marchandise contenant des mixtions nuisibles à la santé, l'amende sera de 50 à 500 fr., à moins que le quart des restitutions et dommages-intérêts n'excède cette dernière somme ; l'emprisonnement sera de trois mois à deux ans.

Le présent article sera applicable même au cas où la falsification nuisible serait connue de l'acheteur ou consommateur.

ART. 3. — Seront punis d'une amende de 16 à 25 fr. et d'un emprisonnement de six à dix jours, ou de l'une de ces deux peines seulement, suivant les circonstances, ceux qui, sans motifs légitimes, auront dans leurs magasins, boutiques, ateliers ou maisons de commerce, ou dans les halles, foires ou marchés, soit des poids ou mesures faux, ou autres appareils inexacts servant au pesage ou au mesurage, soit des substances alimentaires ou médicamenteuses qu'ils sauront être falsifiées ou corrompues.

Si la substance falsifiée est nuisible à la santé, l'amende pourra être portée à 50 fr., et l'emprisonnement à quinze jours.

ART. 4. — Lorsque le prévenu, convaincu de contravention à la présente loi ou à l'art. 423 du Code pénal, aura, dans les cinq années qui ont précédé le délit, été condamné pour infraction à la présente loi ou à l'art. 423, la peine pourra être élevée jusqu'au double du maximum ; l'amende prononcée par l'art. 423 et par les art. 1 et 2 de la présente loi pourra être portée même jusqu'à 1,000 fr., si la moitié des restitutions et dommages-intérêts n'excède pas cette somme ; le tout sans préjudice de l'application, s'il y a lieu, des art. 57 et 58 du Code pénal.

Art. 5. — Les objets dont la vente, usage ou possession constitue le délit seront confisqués, conformément à l'article 423 et aux articles 477 et 481 du Code pénal.

S'ils sont propres à un usage alimentaire ou médical, le tribunal pourra les mettre à la disposition de l'administration pour être attribués aux établissements de bienfaisance.

S'ils sont impropres à cet objet ou nuisibles, les objets sont détruits ou répandus, aux frais du condamné. Le tribunal pourra ordonner que la destruction ou effusion aura lieu devant l'établissement ou domicile du condamné.

Art. 6. — Le tribunal pourra ordonner l'affiche du jugement dans les lieux qu'il désignera, et son insertion intégrale ou par extrait dans tous les journaux qu'il désignera, le tout aux frais du condamné.

Art. 7. — L'art 463 du Code pénal sera applicable aux délits prévus par la présente loi.

Art. 8. — Les deux tiers du produit des amendes sont attribués aux communes dans lesquelles les délits auront été constatés.

Art. 9. — Sont abrogés les art. 173, n° 14, et 379, n° 5, du Code pénal.

ORDONNANCE DU 15 JUIN 1862, CONCERNANT LES SUCRERIES COLORÉES, LES SUBSTANCES ALIMENTAIRES, LES USTENSILES ET VASES DE CUIVRE ET AUTRES MÉTAUX.

Titre Ier. — *Coloration des bonbons et liqueurs. Papiers servant à envelopper les sucreries. Emploi d'objets en métal pour la décoration des bonbons. Sirops de glucose.*

Article premier. — Il est expressément défendu de se servir d'aucune substance minérale, excepté le bleu de Prusse, l'outre-mer, la craie (carbonate de chaux) et les ocres, pour colorer les bonbons, dragées, pastillages, liqueurs et toute espèce de sucreries et pâtisseries.

Il est également défendu d'employer, pour colorer les bonbons, liqueurs, etc., des substances végétales nuisibles à la santé, notamment la gomme-gutte et l'aconit napel.

Les mêmes défenses s'appliquent aux substances employées à la clarification des sirops et des liqueurs.

Art. 2. — Il est défendu d'envelopper ou de couler des sucreries dans des papiers blancs lissés ou colorés avec des substances minérales, excepté le bleu de Prusse, l'outremer, les ocres, la craie.

Il est défendu de placer des bonbons et fruits confits dans des boîtes garnies à l'intérieur de papiers colorés avec des substances prohibées par la présente ordonnance, et de les recouvrir avec des découpures de ces papiers.

Il en sera de même des fleurs ou autres objets artificiels servant à la décoration des bonbons.

Art. 3. — Il est défendu de faire entrer aucune préparation fulminante dans la composition des enveloppes de bonbons.

Il est également défendu de se servir de fils métalliques comme supports de fleurs, de fruits et autres objets en sucre et en pastillage.

Art. 4. — Les bonbons enveloppés porteront le nom et l'adresse du fabricant ou marchand ; il en sera de même des sacs dans lesquels les bonbons ou sucreries seront livrés au public.

Les flacons contenant des liqueurs colorées devront porter les mêmes indications.

Art. 5. — Il est interdit d'introduire, dans l'intérieur des bonbons et pastillages, des objets de métal ou d'alliage métallique, de nature à former des composés nuisibles à la santé.

Les feuilles métalliques appliquées sur les bonbons ne devront être qu'en or ou en argent fin.

Les feuilles métalliques introduites dans les liqueurs devront également être en or ou en argent fin.

Art. 6. — Les sirops qui contiendront de la *glucose* (sirop de fécule, sirop de froment) devront porter, pour éviter toute confusion, les dénominations communes de *sirops de glucose;* outre cette indication, les bouteilles porteront l'étiquette suivante : *Liqueur de fantaisie à l'orgeat, à la groseille*, etc., etc.

Art. 7. — Il sera fait annuellement, et plus souvent s'il y a lieu, des visites chez les fabricants et les détaillants, à l'effet de constater si les dispositions prescrites par la présente ordonnance sont observées.

Titre II. — *Boissons. Sels de cuisine et substances alimentaires.*

Art. 8. — Il est interdit d'employer la litharge, l'acétate de plomb (sucre de Saturne) et autres composés de plomb dans le but de clarifier ou d'adoucir les sirops et les boissons fermentées, tels que le vin, la bière, le cidre, etc., etc.

Art. 9. — Il est expressément défendu à tous fabricants, raffineurs, marchands en gros, épiciers et autres faisant le commerce de sel marin (sel de cuisine), de vendre et débiter, comme sel de table et de cuisine, du sel retiré de la fabrication du salpêtre, ou extrait des varechs, ou des sels provenant de diverses opérations chimiques.

Il est également défendu de vendre du sel altéré par le mélange des sels sus-mentionnés ou par le mélange de toutes autres substances étrangères.

Art. 10. — Il est défendu d'ajouter frauduleusement au lait, aux fécules, amidons, farines ou à toute autre denrée, des substances étrangères, même quand ces substances n'auraient rien de nuisible.

Art. 11. — Les commissaires de police de Paris, et les maires ou les commissaires de police dans les communes rurales, feront à des époques indéterminées, avec l'assistance des hommes de l'art, des visites

dans les ateliers, magasins et boutiques des fabricants, marchands et débitants de sel et de comestibles quelconques, à l'effet de vérifier si les denrées dont ils sont détenteurs sont de bonne qualité et exemptes de tout mélange.

Art. 12. — Le sel, les boissons, les substances alimentaires et les denrées falsifiées seront saisis, sans préjudice des poursuites à exercer, s'il y a lieu, contre les contrevenants, conformément aux dispositions de la loi précitée du 27 mars 1851.

Art. 13. — Il est défendu d'envelopper, d'orner et d'étiqueter aucune substance alimentaire avec les papiers peints, et avec ceux qui sont prohibés par l'art. 2 de la présente ordonnance.

L'emploi de ces papiers est donc formellement interdit pour faire des sacs, des enveloppes, des manchettes, des boîtes ou des étiquettes, à tous les marchands ou débitants de denrées ou substances alimentaires, comme les bouchers, les confiseurs, les chocolatiers, les marchands de comestibles, de beurre et de fromage, les pâtissiers, les épiciers, les fruitiers, etc.

Titre III. — *Ustensiles et vases de cuivre et autres métaux. Etamages.*

Art. 14. — Les ustensiles et vases de cuivre ou d'alliage de ce métal dont se servent les marchands de vin, traiteurs, aubergistes, restaurateurs, pâtissiers, confiseurs, bouchers, fruitiers, épiciers, etc., devront être étamés à l'*étain fin* et entretenus constamment en bon état d'étamage.

Sont exceptés de cette disposition les vases et ustensiles dits d'*office* et les balances, lesquels devront être entretenus en bon état de propreté.

Art. 15. — Il est enjoint aux chaudronniers, étameurs ambulants et autres, de n'employer que de l'étain fin du commerce pour l'étamage des vases de cuivre devant servir aux usages alimentaires ou à la préparation des boissons.

Art. 16. — L'emploi du plomb, du zinc et du fer galvanisé est interdit dans la fabrication des vases destinés à préparer ou à contenir des substances alimentaires ou des boissons.

Art. 17. — Il est défendu de renfermer de l'eau de fleurs d'oranger ou toute autre eau distillée dans des vases de cuivre, tels que les estagnons de ce métal, à moins que ces vases ou ces estagnons ne soient étamés à l'intérieur à l'étain fin.

Il est également interdit de faire usage, dans le même but, de vases de plomb, de zinc ou de fer galvanisé.

Art. 18. — On ne devra faire usage que d'estagnons en bon état. Ils seront marqués d'une estampille indiquant le nom et l'adresse du fabricant et garantissant l'étamage à l'étain fin.

Art. 19. — Il est défendu aux marchands de vin et distillateurs d'avoir des comptoirs revêtus de lames de plomb ; aux débitants de sel, de se servir de balances de cuivre ; aux nourrisseurs de vaches, crémiers et laitiers, de déposer le lait dans des vases de plomb, de zinc, de fer galvanisé, de cuivre et de ses alliages ; aux fabricants d'eaux gazeuses, de bière ou de cidre, et aux marchands de vin ou distillateurs, de faire passer par des tuyaux ou appareils de cuivre, de plomb ou d'autres métaux pouvant être nuisibles, les eaux gazeuses, la bière, le cidre ou le vin. Toutefois, les vases et ustensiles de cuivre dont il est question au présent article pourront être employés s'ils sont étamés à l'étain fin.

Art. 20. — Il est défendu aux raffineurs de sels de se servir de vases et instruments de cuivre, de plomb, de zinc et de tous autres métaux pouvant être nuisibles.

Art. 21. — Il est défendu aux vinaigriers, épiciers, marchands de vin traiteurs et autres, de préparer, de déposer, de transporter, de mesurer, de conserver dans des vases de plomb, de zinc, de fer galvanisé, de cuivre ou de ses alliages non étamés, ou dans des vases faits avec un alliage dans lequel entrerait l'un des métaux désignés ci-dessus, aucun liquide et aucune substance alimentaire, susceptibles d'être altérés par le contact de ces métaux.

Art. 22. — La prohibition portée en l'article ci-dessus s'applique aux robinets fixés aux barils dans lesquels les vinaigriers, épiciers et autres marchands renferment le vinaigre.

Art. 23. — Les vases d'étain employés pour contenir, déposer ou préparer les substances alimentaires ou les liquides, ainsi que les lames du même métal qui recouvrent les comptoirs des marchands de vins ou de liqueurs, ne devront contenir, au plus, que 10 pour 100 de plomb, ou des autres métaux qui se trouvent ordinairement alliés à l'étain du commerce.

Art. 24. — Les lames métalliques recouvrant les comptoirs des marchands de vins ou de liqueurs, les balances, les vases et ustensiles en métaux et les alliages qui seraient trouvés chez les marchands et fabricants désignés dans les articles qui précèdent, seront saisis et envoyés à la Préfecture de Police, avec les procès-verbaux constatant les contraventions.

Art. 25. — Les étamages prescrits par les articles qui précèdent devront toujours être faits à l'*étain fin* et être constamment en bon état.

Titre IV. — *Dispositions générales.*

Art. 26. — Les fabricants et marchands désignés en la présente ordonnance sont personnellement responsables des accidents qui pourraient être la suite de leurs contraventions aux dispositions qu'elle renferme.

Arts. 27. — Les ordonnances de police des 20 juillet 1832, 7 novembre 1838, 22 septembre 1841 et 28 février 1853 sont rapportées.

Art. 28. — Les contraventions seront poursuivies, conformément à la loi, devant les tribunaux compétents, sans préjudice des mesures administratives auxquelles elles pourraient donner lieu.

Art. 29. — La présente ordonnance sera imprimée et affichée.

Les sous-préfets des arrondissements de Sceaux et de Saint-Denis, les maires et les commissaires de police des communes rurales du ressort de notre préfecture, le chef de la police municipale, les commissaires de police de Paris, les officiers de paix, l'inspecteur général des halles et marchés et autres préposés de la Préfecture de Police, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de tenir la main à son exécution.

Le préfet de police, Boittelle.

INSTRUCTION DU CONSEIL D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE SALUBRITÉ DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

Des substances colorantes qui peuvent être employées dans la préparation des boissons, pastillages, dragées ou liqueurs.

Pour faciliter les moyens de reconnaître les substances colorantes qu'il est permis d'employer et celles qui sont défendues par la présente ordonnance, il est convenable de les désigner ici sous les divers noms qu'on leur donne dans le commerce.

Couleurs bleues. — L'indigo, le bleu de Prusse ou de Berlin, l'outremer pur.

Ces couleurs se mêlent facilement avec toutes les autres, et peuvent donner toutes les teintes composées dont le bleu est l'un des éléments.

Couleurs rouges. — La cochenille, le carmin, la laque carminée, la laque du Brésil, l'orseille.

Couleurs jaunes. — Le safran, la graine d'Avignon, la graine de Perse, le quercitron, le curcuma, le pastel, les laques *alumineuses* de ces substances.

Les jaunes que l'on obtient avec plusieurs des matières désignées, et surtout avec les graines d'Avignon et de Perse, sont plus brillants et moins mats que ceux que donne le jaune de chrome, dont l'usage est dangereux et prohibé.

Couleurs composées. — *Vert.* — On ne peut produire cette couleur avec le mélange du bleu et de diverses couleurs jannes ; mais l'un des plus beaux est celui qu'on obtient avec le bleu de Prusse ou de Berlin et la graine de Perse ; il ne le cède en rien, par le brillant, au vert de Schweinfurt, qui est un violent poison.

Violet. — Le bois d'Inde, le bleu de Berlin ou de Prusse.

Par des mélanges convenables, on obtient toutes les teintes désirables.

Pensée. — Le carmin, le bleu de Prusse ou de Berlin.

Le mélange de ces substances donne des teintes très brillantes [1].

Liqueurs. — Pour la préparation des liqueurs, on peut faire usage de celles des substances précédentes qui conviennent à leur coloration. On peut employer en outre : pour le *curaçao de Hollande*, le bois de Campêche ; pour les *liqueurs bleues*, l'indigo soluble (carmin d'indigo) ; pour l'*absinthe*, le safran mêlé avec le bleu d'indigo soluble.

Des substances dont il est défendu de faire usage pour la préparation des bonbons, pastillages, dragées et liqueurs.

Ce sont les substances minérales en général et notamment : les *composés de cuivre*, les *cendres bleues ;* les *oxydes de plomb, massicot, minium ;* le *sulfate de mercure* ou *vermillon ;* le *chromate de plomb* ou *jaune de chrome ;* l'*arsénite de cuivre* ou *vert de Schweinfurt, vert de Scheele, vert métis, vert anglais ;* le *carbonate de plomb* ou *blanc de plomb, céruse blanc d'argent ;* les *feuilles de chrysocale.*

Suivant Toulmouche, on entend par poison « toute substance qui, prise à l'intérieur ou appliquée à l'extérieur du corps, est capable de donner la mort ou tout au moins de détruire ou d'altérer profondément la santé. » — Le *médicament* ne diffère du poison que par la différence des doses.

Avant d'aborder l'étude des différentes espèces d'empoisonnements, nous examinerons avec Tardieu [2], à qui nous ferons de nombreux emprunts, un certain nombre de questions préliminaires, telles que : les circonstances dans lesquelles se produisent les faits d'empoisonnement ; — le mode d'action des substances vénéneuses, leurs symptômes communs, leur marche et les lésions qu'elles déterminent ; — les cas de mort naturelle ou les maladies qu'on peut confondre avec un empoisonnement ; — les procédés d'ex-

1. Toutes les autres couleurs composées peuvent être préparées par les mélanges des diverses matières colorantes qui viennent d'être indiquées, et que les fabricants sauront approprier à leurs besoins. (Lutaud.)

2. *Étude médico-légale et clinique sur l'empoisonnement*, par Ambroise Tardieu. Paris, 1875. Librairie J.-B. Baillière.

pertise; — enfin les principales questions médico-légales qui peuvent être soulevées.

1° **Circonstances dans lesquelles se produisent les faits d'empoisonnement.** — « Toute maladie, dit Tardieu, dont le début est brusque, dont les symptômes, rapidement croissants, persistent avec une grande violence, dont la marche est ou paraît être insolite, dont la terminaison est promptement funeste; toute mort rapide ou subite survenue dans des circonstances mal définies, peuvent faire naître et suscitent très fréquemment le soupçon d'empoisonnement. » Le plus souvent, ce soupçon ne vient qu'au bout d'un temps plus ou moins long, plusieurs semaines, plusieurs mois, plusieurs années même, par le rapprochement de circonstances inattendues ou suspectes. Des poursuites judiciaires sont alors commencées, et l'homme de l'art est appelé à intervenir pour préciser la cause réelle de la mort. Les indices qui lui fourniront la preuve de l'empoisonnement présumé sont de trois ordres : les *symptômes* observés pendant la maladie, souvent difficiles à apprécier quand un long intervalle s'est écoulé entre la mort et l'expertise; — les *lésions anatomiques* déterminées par le poison et qu'il faudra distinguer des lésions propres à certaines maladies ou résultant de la putréfaction; — la *découverte du poison* et la démonstration physiologique que les symptômes et les lésions ont bien été produits par cette substance. Cette dernière opération nécessite l'intervention d'un expert spécial, d'un chimiste dont les lumières sont aussi indispensables que celles du médecin.

2° **Mode d'action des substances vénéneuses.** — Ces substances ont une action *locale* et une action *générale :* la première, ordinairement circonscrite au point en contact avec le poison, ne prédomine que pour certains poisons; ses effets ne s'étendent pas très loin, et les désordres sont beaucoup moins graves. — L'action *générale* démontre leur absorption et leur mélange avec le sang, fait constant dont l'importance n'a été réellement comprise que depuis les recherches d'Orfila.

Les *conditions* qui peuvent modifier la rapidité de l'absorption des substances vénéneuses sont : a. le *mode d'in-*

troduction ; les poisons peuvent être introduits dans l'organisme par le *tube digestif*, cas le plus commun ; par *injection* dans le *torrent circulatoire*, employée surtout dans les expériences de physiologie ; par les *voies respiratoires* pour les gaz, les vapeurs et les substances en dissolution dans les liquides dialysables ; par la *méthode endermique*, le poison est appliqué directement sur le derme préalablement dénudé ; par *injection hypodermique*, injection de la substance en solution dans le tissu cellulaire sous-cutané ; enfin par *absorption cutanée*, absorption très lente et très minime ; — b. le *mode d'administration du poison ;* l'absorption est lente et peut être presque nulle, si le poison est en fragments solides d'un certain volume, plus rapide s'il est en poudre, plus encore et quelquefois instantanée s'il est dissous ; la rapidité d'absorption dépendra encore des substances, des véhicules avec lesquels il est mélangé ; — c. la *dose de poison ingéré :* quelquefois une dose très forte agit moins qu'une dose faible, parce qu'elle provoque des vomissements rapides qui expulsent une partie de la substance ; — d. l'*état de l'estomac :* l'absorption du poison peut être complètement arrêtée par la plénitude de l'estomac ; — e. l'*idiosyncrasie*, la *prédisposition individuelle héréditaire* (Prosper Lucas), l'*habitude* ou *mithridatisme*, qui donne une sorte d'immunité contre certains poisons.

Ils s'*éliminent* par les voies respiratoires, les reins, la peau et les glandes, principalement les reins pour les substances fixes, et les poumons pour les poisons volatils ; la *durée* de cette élimination, très importante en médecine légale, varie suivant l'espèce de substance : ainsi, d'après Orfila, l'arsenic s'élimine complètement en trente jours, l'émétique en quatre mois, le nitrate d'argent en cinq mois, l'acétate de plomb et le sulfate de cuivre en huit mois.

D'après Chatin, cette élimination a lieu suivant une loi qu'il formule en ces termes : « La promptitude de l'élimination est chez les divers animaux en raison inverse de la faculté de résister au poison. » C'est-à-dire que le poison séjourne d'autant plus longtemps dans l'organisme qu'il en trouble moins l'économie.

Ajoutons encore que les poisons, introduits dans l'organisme, ne s'y distribuent pas au hasard, mais qu'en vertu d'une influence d'*électivité* ils se rendent, s'accumulent de préférence dans tel ou tel organe, suivant une loi que M. Rabuteau formule en ces termes : « Une substance, agissant sur des éléments anatomiques déterminés et se trouvant en circulation dans le sang, impressionne d'autant plus vivement les organes composés de ces éléments anatomiques qu'ils sont plus irrigués. » Il a constaté de même que « les métaux sont d'autant plus actifs que leur poids atomique est plus élevé ». Ces substances subissent en outre des modifications, des *métamorphoses* plus ou moins profondes, résultant soit d'oxydations, soit de réductions et de dédoublements. Voici, suivant Rabuteau, quelques-unes de ces transformations :

Les sulfures, les sulfites, les hyposulfites se transforment en.....	Sulfates.
Les acétates, tartrates, oxalates et citrates alcalins, en.....	Carbonates alcalins.
Le ferricyanure de potassium, en.....	Ferrocyanure.
Le perchlorure de fer, en.....	Protochlorure.
Les hypochlorites, en	Chlorures.
Les iodates, en.....	Iodures.
L'acide tannique, en.....	Acide gallique.
Les hypophosphites et les phosphites, en.....	Phosphates.

On a donné le nom d'*antagonistes* à des substances qui produisent sur l'organisme des effets *physiologiques* contraires, en sorte que ces effets peuvent s'annuler réciproquement : ainsi il existe un certain antagonisme entre le sulfate d'atropine et la fève de Calabar, entre la morphine et l'atropine, la strychnine et le chloral, etc. On dit au contraire qu'il y a *antidotisme* lorsque deux poisons se neutralisent *chimiquement*.

3° **Symptômes communs à tous les empoisonnements.** — Les empoisonnements, quelle que soit leur variété, présentent dans leur ensemble des traits généraux, des symptômes communs qui permettent de les grouper par espèces ayant des caractères distincts ; ce sont : 1° des troubles des fonctions digestives ; — 2° des désordres plus ou moins

profonds de la respiration et de la circulation ; — 3° des troubles primitifs ou secondaires du système nerveux.

4° **Marche de l'empoisonnement en général.** — A ce point de vue, trois variétés bien nettes : l'empoisonnement peut être *suraigu*, *subaigu* ou *lent*.

Dans l'empoisonnement *suraigu*, les symptômes sont d'une violence extrême, éclatent immédiatement après l'ingestion du poison, qui peut tuer en quelques heures ou en quelques minutes.

Dans l'empoisonnement *subaigu*, le début est moins rapide, les symptômes sont moins violents, interrompus par des rémissions, des intervalles de mieux, puis des rechutes; les accidents reparaissent avec persistance et se terminent par la mort, après plusieurs jours ou plusieurs semaines.

L'empoisonnement *lent* s'observe surtout dans l'empoisonnement professionnel.

5° **Lésions anatomiques.** — Elles varient suivant l'espèce de poison ; nous les verrons à propos de chacun d'eux ; cependant, d'une manière générale, on peut dire qu'elles sont de deux espèces : 1° des lésions *locales*, qu'on devra rechercher dans les organes digestifs et sur les parties directement intéressées par la substance vénéneuse ; — 2° des lésions *générales* qui existent dans toutes les régions où le sang a transporté le poison, et spécialement dans certains organes où le poison s'est localisé de préférence. Mais, même dans le cas où il n'existe aucune lésion matérielle apparente, suivant Ollivier et Bergeron, on doit en rechercher la trace dans les éléments anatomiques des tissus, dans les globules du sang. — Une des lésions les plus fréquemment observées et qui mérite une mention spéciale, c'est la dégénérescence graisseuse des tissus ou stéatose qui envahit la trame intime des organes, et qui se produit sous l'influence de poisons d'espèces très différentes (Tardieu).

6° **Maladies qu'on peut confondre avec un empoisonnement.** — Certaines maladies évoluent avec une telle rapidité, leurs accidents sont d'emblée tellement graves et si violents, avec une terminaison fatale si prompte, qu'on soupçonne immédiatement un empoisonnement et qu'un expert est appelé pour déterminer la cause véritable de la

mort. Suivant Tardieu, ces cas doivent être divisés en deux catégories : 1° ceux où la cause de la mort est tellement manifeste à l'autopsie qu'il suffit de la constater pour écarter tout soupçon d'empoisonnement ; dans ce premier groupe se rangent : l'*ileus*, l'*étranglement intestinal*, la *fièvre typhoïde*, les *ruptures du foie*, de l'*intestin*, l'*ulcère de l'estomac*, la *péritonite suraiguë*, les *tumeurs sanguines du petit bassin*, la *congestion* et l'*hémorrhagie cérébrales*, la *méningite*, l'*hydrocéphalie aiguë*, les *maladies du cœur et des poumons*; — 2° ceux où la cause de la mort reste douteuse même après l'autopsie, et dans lesquels il faut recourir à l'analyse chimique ; dans ce groupe sont compris : le *choléra*, l'*entérite*, la *gastro-entérite*, l'*hémorrhagie intestinale*, l'*indigestion*.

7° **Poisons qui existent normalement dans l'organisme ou qui peuvent être introduits par les médicaments ou les aliments.** — Certaines substances vénéneuses, comme l'*arsenic*, le *plomb*, le *cuivre*, peuvent se rencontrer dans le corps de l'homme à l'état normal (Orfila, Chevalier), mais en quantité extrêmement minime. On ne devra soupçonner un empoisonnement que dans les cas où ces substances se trouveraient à l'analyse en proportions considérables, tout à fait anormales. Dans d'autres cas enfin, des substances toxiques peuvent avoir été administrées comme médicaments, et, se retrouvant à l'analyse, peuvent faire croire à un empoisonnement. Cette circonstance soulève certaines difficultés que l'expert résoudra facilement à l'aide des commémoratifs et des signes observés du vivant de l'individu.

8° **De l'exhumation et de l'autopsie des individus empoisonnés.** — Nous avons vu précédemment les règles à suivre dans les cas d'exhumations et d'autopsies judiciaires ; elles sont également applicables dans les empoisonnements ; mais il y a de plus ici des circonstances qui exigent, de la part du médecin expert, une manière d'agir toute particulière. Voici, suivant Tardieu, comment il doit procéder :

« L'expert doit assister à l'exhumation et en noter avec le plus grand soin toutes les particularités. Il n'y a pas de détail, si minutieux qu'il soit, qui n'ait son utilité. Il doit décrire le mode de sépulture, l'état de la fosse et du sol, le cercueil et la condition d'intégrité ou de destruction plus ou

moins complète dans laquelle on le trouve, l'état du linceul et des vêtements qui enveloppent le cadavre. Si l'inhumation est récente et le cercueil intact, il n'y a qu'à enlever le corps et à le déposer sur la table où devra être faite l'autopsie. Si au contraire, après un long séjour dans la fosse, les ais de la bière sont disjoints, le bois et le linceul en partie détruits, il importe, avant de déplacer et d'examiner le cadavre, de recueillir quelques-uns des débris qui sont en contact avec lui, ainsi qu'une certaine quantité de la terre dont il est entouré et qui adhère quelquefois à la surface, et de la terre prise en un autre point du cimetière pour servir de comparaison.

« Si le cercueil a résisté, comme cela arrive lorsqu'il est de plomb ou de chêne et enfermé dans une sépulture de pierre, les circonstances extérieures perdent beaucoup de leur intérêt; mais il est une particularité sur laquelle j'appelle l'attention, parce qu'elle pourrait surprendre et embarrasser dans la pratique ceux qui ne seraient pas avertis. La décomposition, dans les cercueils hermétiquement clos, suit une marche toute différente de celle que l'on observe pour les corps simplement inhumés dans une fosse soit commune, soit privée. Elle transforme le corps tout entier en une sorte de masse de consistance tantôt analogue à du carton, tantôt analogue à de la cire ou du savon, et qui adhère aux parois du cercueil quelquefois très étroitement. Dans ce cas, je conseille de ne pas chercher à en retirer le corps et de procéder à l'autopsie dans le cercueil même, quelque incommode et pénible que soit en général cette manière de faire.

« Les règles de cette opération en elle-même dans le cas d'empoisonnement ne diffèrent guère de celles qu'il convient d'observer dans toute autre expertise. L'état de conservation plus ou moins parfaite du corps est la première chose qui soit à noter. On aura soin de s'enquérir seulement si l'embaumement a été pratiqué. Il n'est pas douteux non plus qu'il faille faire l'autopsie complète du cadavre, sans omettre un seul organe, de manière à ne laisser échapper aucune lésion, aucune cause de mort naturelle ou accidentelle.

« Mais il est un point sur lequel je veux insister. Quelques médecins légistes recommandent, et je les ai vus conformer leur pratique à leurs préceptes, de commencer par fermer, à l'aide d'une ligature, les orifices supérieur et inférieur de l'estomac et du canal intestinal, et de les enlever en totalité, pour les examiner plus tard, et ne rien perdre des matières qui peuvent y être contenues. Je modifie quelque peu pour ma part ce procédé. Je crois en effet qu'il importe que le médecin chargé de pratiquer l'autopsie, et que je ne veux supposer ni léger ni incapable, constate lui-même, au moment de l'ouverture du corps, l'état exact de tous les organes, des organes digestifs comme des autres; les altérations, déjà si difficiles à retrouver dans ien des cas où la mort remonte à une époque éloignée, perdent bien vite leurs caractères. Et il m'est arrivé plus d'une fois de rechercher vainement la trace de lésions qui avaient dû certainement exister dans des viscères extraits des cadavres depuis un temps quelquefois assez long et qui étaient envoyés à de grandes distances pour être soumis à l'analyse. Il faut dès qu'on peut le faire, et au moment même de l'autopsie cadavérique, constater et décrire exactement les altérations que peuvent présenter les divers organes sans exception. Il y a moyen d'ailleurs de tout concilier.

« L'expert qui procède dans les circonstances dont il s'agit doit s'être fait apporter deux grands bocaux de verre neufs, jamais moins de deux, à large orifice muni d'un bouchon de liège plat s'adaptant bien à ses dimensions, d'une forme et d'une capacité semblables à celles des bocaux employés pour les conserves de fruits. Ces vases sont destinés à renfermer les organes qui seront extraits du cadavre. Le premier sera exclusivement consacré au tube digestif, et voici comme je conseille d'agir : l'estomac sera enlevé isolément et d'une manière rapide, sans qu'il soit besoin de le lier à ses deux extrémités; le contenu en sera versé dans le bocal; pour l'intestin, l'extrémité supérieure sera également engagée dans le bocal, pendant que l'on détachera le canal digestif dans toute son étendue, en rasant avec des ciseaux ou avec un scalpel l'insertion mésentérique; de cette façon, les li-

quides et matières qu'il renferme s'écouleront dans le vase à mesure que les anses intestinales viendront s'y dérouler. On pourra ensuite, sans aucun inconvénient, examiner sur place et complètement la surface de la membrane muqueuse gastro-intestinale. Il faut bien reconnaître, du reste, que ce n'est pas, comme on le croyait autrefois, dans les organes digestifs que se rencontrent le plus ordinairement les principaux caractères anatomiques de l'empoisonnement.

« Le second bocal sera réservé pour les autres viscères, qui, apres avoir été extraits avec précaution du cadavre et avoir été examinés attentivement à l'intérieur et à l'extérieur, seront en totalité ou en partie introduits dans le vase. Le foie, le rein, le cœur, la rate, les poumons, quelques portions de chair musculaire et de substance cérébrale, seront ainsi conservés suivant la contenance du bocal et dans l'ordre d'importance que je viens d'indiquer. Il sera bon de détacher de chacun des organes un petit fragment qui sera soumis aussitôt après l'autopsie à l'examen microscopique.

« La séparation du tube digestif et des autres viscères abdominaux et thoraciques est capitale, je ne saurais trop le répéter. C'est là une condition essentielle qui simplifie et facilite singulièrement la tâche du chimiste. J'en dirai autant, et avec non moins d'insistance, d'une règle trop souvent enfreinte et que je pose d'une manière absolue. Il faut se garder de rien ajouter dans les vases où sont placés les organes extraits du cadavre. L'addition d'un liquide conservateur quelconque, l'addition de l'alcool notamment, n'est pas seulement inutile, elle est nuisible. L'aspect et la consistance des tissus sont modifiés, et ne peuvent plus être appréciés par les experts qui interviennent dans les opérations ultérieures, et de plus la composition inconnue et parfois l'impureté des liquides ainsi employés créent pour l'analyse chimique des complications extrêmement fâcheuses. Enfin certaines substances perdent au contact de l'alcool quelques-unes de leurs propriétés les plus caractéristiques; le phosphore est de ce nombre. Les bocaux ne contenant donc que les viscères seront simplement bouchés et recouverts d'un papier ou mieux d'un parchemin, scellés et munis d'une étiquette sur laquelle le médecin lui-même mention-

nera par écrit les organes placés par lui dans chaque vase après qu'il les a eu extraits du cadavre, et qui devra porter sa signature en même temps que celle des officiers de police qui l'assisteront et qui auront reçu son serment.

« Tous ces détails de l'exhumation, de l'autopsie cadavérique, de l'extraction des organes, de leur conservation dans des vases séparés, de la clôture des scellés, seront exposés dans un rapport qui devra, en outre, contenir la description aussi exacte que complète de toutes les altérations anatomiques qui auront été constatées.

« Mais ce qu'il importe surtout de ne jamais perdre de vue, c'est que ces premières constatations, relatives seulement à un des termes du problème, ne peuvent autoriser l'expert à conclure d'une manière positive à l'empoisonnement. Il doit donc s'imposer une grande réserve, et sauf le cas où une cause de mort naturelle lui paraîtrait évidente, ou encore lorsque des lésions caractéristiques et flagrantes que produisent certains poisons corrosifs ne lui permettraient pas le doute, il doit toujours suspendre son jugement et se contenter de conclure qu'il n'existe pas de cause appréciable de mort naturelle, qu'il y a ou qu'il n'y a pas, dans l'état des organes, des indices d'empoisonnement, et que, dans tous les cas, il y a lieu de procéder à l'analyse chimique des restes du cadavre, dont les résultats, rapprochés des symptômes observés pendant la vie et des lésions constatées après la mort, permettront de déterminer d'une manière positive s'il y a eu ou non empoisonnement. »

9° **Questions médico-légales.** — Celles qui sont le plus souvent soumises à l'appréciation de l'expert sont les suivantes :

A. *La mort est-elle le résultat d'un empoisonnement, de l'administration ou de l'ingestion d'une substance vénéneuse ?* — Cette question est capitale, dit Tardieu, et doit être résolue avant toutes les autres. L'expert s'appuiera sur les commémoratifs, l'invasion brusque et inattendue des symptômes au milieu des apparences de la santé, presque toujours immédiatement après le repas, ou l'ingestion d'une substance, d'un liquide quelconque, etc.; sur la marche rapide des accidents, leur prompte généralisation à toutes les fonc-

tions de l'économie et la terminaison fatale sans l'intervention de remèdes appropriés. Si le malade ne succombe pas, on pourra toujours retrouver chimiquement les traces du poison dans les déjections (urines) et les vomissements, soit dans les linges, soit même sur le parquet. — Dans les cas de mort, l'examen cadavérique, l'autopsie, le microscope, et l'analyse chimique des différents organes permettront de rapporter les lésions à l'action d'une substance vénéneuse, et de découvrir même la nature de cette substance.

B. *Quelle est la substance vénéneuse qui a produit la maladie ou la mort?* — Tardieu fait remarquer que, dans la grande majorité des cas, il est à peu près impossible de l'isoler, c'est-à-dire de la reproduire sous sa forme première, surtout dans les cas d'empoisonnement par les substances organiques, par les alcaloïdes; il pense même que l'expert ne doit pas s'attacher à rendre le corps du délit absolument palpable, à le montrer au jury, ce qui n'ajouterait, dit-il, aucun élément supérieur de conviction.

C. *La substance administrée pouvait-elle donner la mort?* — Cette question ne présente en général aucune difficulté, et le plus souvent l'expert pourra dire, même dans le cas où l'empoisonnement aura avorté, si la substance employée était de celles qui peuvent donner la mort.

D. *Le poison a-t-il été donné en quantité suffisante pour donner la mort? à quelle dose pouvait-il la donner?* — Suivant Orfila, cette question ne doit pas être posée par le magistrat, et l'expert n'a pas à y répondre; il la considère comme insoluble, inutile et dangereuse. Ce n'est pas l'opinion de Tardieu, qui pense au contraire qu'il est important de déterminer autant que possible la quantité de poison administrée; suivant lui, l'expert doit, toutes les fois qu'il le pourra, dire si la substance vénéneuse a été ingérée en quantité suffisante pour donner la mort. Quant à la question de savoir à quelle dose une substance vénéneuse quelconque peut empoisonner, c'est une question de fait qui varie pour chaque substance en particulier; généralement, elle ne peut être résolue que d'une manière approximative, parce qu'il faut tenir compte de l'énergie de la substance, de l'âge, de la constitution, de l'état de santé ou de maladie du sujet.

E. *A quel moment a eu lieu l'ingestion?* — Il est toujours très important de savoir à quel moment s'est produit l'empoisonnement; généralement, les accidents éclatent peu de temps après l'ingestion de la substance vénéneuse; mais il existe à ce point de vue des différences très grandes suivant l'espèce de poison; elles dépendent également du mode d'introduction de la substance dans l'organisme. L'expert devra rechercher toutes les circonstances qui peuvent retarder, modifier ou activer son absorption. Dans les cas où le poison est administré à intervalles plus ou moins éloignés, il faudra tenir compte de la marche des accidents et surtout de leur recrudescence, qui indiquera l'administration d'une nouvelle dose de substance.

F. *Le poison peut-il avoir disparu sans laisser aucune trace? au bout de combien de temps?* — Dans les cas d'empoisonnement récent, on retrouve presque toujours des traces de la substance vénéneuse, soit dans les matières vomies, soit dans les déjections et surtout dans les urines.

Dans les cas où il n'y a pas mort, si l'empoisonnement a eu une certaine gravité, l'économie, imprégnée pour ainsi dire, conserve pendant plus ou moins longtemps l'empreinte du poison. La cessation des accidents et l'examen chimique des excrétions (sueurs, salive, urines) permettront de déterminer à quelle époque ont disparu les traces d'une tentative d'empoisonnement.

Si celui-ci a été suivi de mort, on peut presque toujours, dans les premiers temps, en retrouver la trace; mais il n'en est pas de même après un temps plus ou moins long; cela dépend de l'espèce de poison; car toutes les substances vénéneuses ne se comportent pas de la même façon : les poisons d'origine organique, principalement les alcaloïdes végétaux, résistent pendant longtemps; les substances minérales peuvent durer indéfiniment; d'autres au contraire se transforment, se décomposent et disparaissent.

G. *Le poison extrait du cadavre peut-il provenir d'une autre source que de l'empoisonnement?* — Le poison peut provenir: 1° du *contact du cadavre* avec certaines matières étrangères ou objets contenant une substance vénéneuse, de telle sorte qu'une imbibition cadavérique ait été possible du dehors au

dedans (Tardieu), par exemple dans les cas où, dans les terrains des cimetières, des composés arsenicaux, entraînés par les eaux pluviales, ont imprégné les débris du cadavre; aussi doit-on analyser le sol sur lequel repose le corps et des fragments de terrain pris plus loin; — 2° des *médicaments* administrés et dont on peut retrouver les traces à l'autopsie; — 3° de *certaines substances* employées pour un *embaumement*, substances contenant, malgré les prescriptions des ordonnances de police, des préparations minérales très vénéneuses propres à conserver les matières animales; — 4° de *certains métaux* qui existent normalement dans le corps et forment la base de poisons très énergiques, principalement le cuivre et le plomb qui peuvent provenir des aliments et des boissons, mais qui n'existent alors dans l'organisme qu'en proportions extrêmement minimes; — 5° de la *putréfaction*, qui peut donner lieu à des produits de nature vénéneuse.

H. *L'empoisonnement résulte-t-il d'un homicide, d'un suicide ou d'un accident?* — C'est la question la plus importante à résoudre après la détermination du fait de l'empoisonnement en lui-même. D'une manière générale, le suicide par le poison n'est pas fréquent : il n'occupe que le septième rang dans la statistique (Brierre de Boismont), et la proportion des femmes qui s'empoisonnent est à peu près la moitié de celle des hommes. Une donnée qui pourra fournir des indications plus précises sur les circonstances possibles de l'empoisonnement, c'est la nature même du poison et son mode d'emploi; à ce point de vue, il y a de remarquables différences : les uns peuvent expliquer une méprise, et faire admettre un empoisonnement accidentel par leur couleur et leur apparence, comme l'arsenic, qu'on peut confondre avec de la farine et du sucre, ou l'huile de vitriol (acide sulfurique), qui, à première vue, peut être prise pour une liqueur sirupeuse, comme l'anisette; — les autres au contraire indiquent l'homicide, lorsqu'on trouve des mélanges destinés à masquer le goût ou l'odeur de certaines substances vénéneuses; celui qui veut se tuer ne prend pas généralement ces précautions (Tardieu). Nous verrons, à propos de chaque poison, dans quelle mesure il se prête

aux empoisonnements accidentels, aux suicides ou aux homicides.

I. *L'empoisonnement peut-il être simulé?* — Le cas peut se présenter : le sujet ajoute une substance vénéneuse quelconque à ses aliments qu'il fait soumettre à l'analyse, ou bien simule, à l'aide de vomitifs répétés, certains symptômes d'empoisonnement. Le rôle du médecin légiste sera d'apprécier la valeur de ces symptômes et la marche de l'empoisonnement provoqué, dont la violence et la persistance différeront très sensiblement de l'empoisonnement réel. Tardieu recommande aux médecins, aux pharmaciens et aux chimistes de se tenir en garde contre les récits erronés ou exagérés des soi-disant victimes, et surtout de ne pas délivrer de certificats attestant l'existence d'un poison qui peut avoir été pris volontairement par le sujet ou ajouté aux aliments qu'il fait analyser. Il appelle également l'attention des médecins sur la tendance qu'ont certains malades à se croire empoisonnés, par exemple dans certaines formes de l'aliénation mentale, la folie mélancolique, le délire lympémaniaque.

DES DIFFÉRENTES ESPÈCES DE POISONS

Parmi les innombrables substances vénéneuses capables de donner la mort, le nombre de celles qui sont réellement employées et qui, par suite, peuvent intéresser le médecin légiste est assez restreint; ce sont presque toujours des poisons usités en médecine ou dans les arts, parce que l'on peut se les procurer assez facilement. Il résulte d'une statistique dressée par Tardieu sur les empoisonnements constatés judiciairement de 1851 à 1872, et s'élevant au chiffre de 793 : 1° que le nombre des crimes d'empoisonnement va en diminuant sensiblement; — 2° que ce genre de crime compte plus de femmes que d'hommes; — 3° que le nombre des substances employées est extrêmement restreint. *Six* seulement méritent de fixer véritablement l'attention et représentent à eux seuls les neuf-dixièmes du nombre total; ce sont : l'arsenic, le phosphore, le sulfate de cuivre ou vi-

triol bleu, le vert-de-gris, l'acide sulfurique et les cantharides. Pour les 793 cas, 38 substances seulement ont été administrées comme poison, chiffre extrêmement minime eu égard à la quantité des poisons connus. Tardieu appelle enfin l'attention sur cette particularité intéressante que l'arsenic, qui occupait autrefois le premier rang par ordre de fréquence dans les empoisonnements, passe actuellement après le phosphore; les causes de ce changement sont : 1° les mesures prises par l'autorité pour restreindre l'emploi et la vente des préparations arsenicales; — 2° les progrès de la science, qui rendent très facile la découverte de ce poison; — 3° la facilité avec laquelle, grâce aux allumettes, on peut se procurer du phosphore.

Pour le suicide, l'opium et ses dérivés occupent, au point de vue de la fréquence, une place plus considérable que dans la statistique criminelle.

Classification des poisons.

Parmi les nombreuses classifications proposées jusqu'à ce jour, les unes se basent uniquement sur les données de l'histoire naturelle et de la chimie (poisons minéraux, végétaux, animaux, poisons liquides, solides ou gazeux); — d'autres sur les caractères cliniques (poisons irritants, narcotiques, narcotico-âcres, septiques, de Plenk et Fodéré); — d'autres enfin sur l'expérimentation physiologique. Taylor le premier essaya de donner une classification expérimentale rationnelle, c'est-à-dire ayant pour point de départ l'action des substances vénéneuses sur les éléments anatomiques; il divisait les poisons en deux grandes classes : les irritants et les neurotiques. M. Rabuteau, en partant du même princique, a proposé la classification suivante :

1re Classe.

Hématiques.	Agissant spécialement sur les globules rouges ou *poisons globulaires.*	Oxyde de carbone. Acide cyanhydrique. Acide sulfurique ou sulfhydrate d'ammoniaque. Composés du sélénium et du tellure. Phosphore. Arsenic. Alcooliques.
	Agissant sur les globules et le plasma ou *poisons plasmiques.*	Nitrites et vapeurs nitreuses. Sels d'argent injectés dans les veines. La plupart des sels métalliques (à doses faibles et continues).

2e Classe.

Neurotiques.	Abolissant les fonctions des nerfs moteurs : 1° *Paralysomoteurs.*	Curare. Fève de Calabar. Aconitine. Cicutine.
	Exagérant le pouvoir réflexe : 2° *Spinaux.*	Strychnine. Oxygène comprimé. Cantharides, etc.
	Agissant sur les éléments du cerveau ou de la moelle épinière : 3° *Cérébro-spinaux.*	Chloroforme. Éther. Opium.

3e Classe.

Neuro-musculaires.	Solanées vireuses. Digitale. Antimoniaux.

4e Classe.

Musculaires.	Acide carbonique. Iné. Vératrine. Sels de potassium. Sels de baryum. Cuivre. Zinc. Cadmium. Étain. Plomb. Mercure, etc.

5e Classe.

Irritants ou *corrosifs*.	Acide sulfurique. — azotique. — chlorhydrique. — fluorhydrique. — oxalique. Potasse. Soude. Ammoniaque. Sulfures alcalins. Iode. Brome. Chlore, etc.

Tardieu fait remarquer que ces classifications physiologiques ne sont pas applicables en médecine légale, parce que l'action de chaque substance est extrêmement complexe et intéresse plusieurs systèmes à la fois; elle peut présenter des avantages sérieux en toxicologie, elle est insuffisante pour le médecin légiste : aussi préfère-t-il une classification basée uniquement sur les caractères cliniques.

Voici la classification qu'il propose et que nous adopterons dans l'étude actuelle. Il ramène à cinq groupes principaux tous les genres d'empoisonnements :

1° *Empoisonnements par les poisons irritants ou corrosifs.* — Acides, alcalis forts ou concentrés, chlore, brome, iode, sulfures alcalins, purgatifs drastiques.

Cet empoisonnement « est caractérisé essentiellement par une action irritative, qui peut aller jusqu'à l'inflammation la plus violente, la corrosion et la désorganisation des tissus atteints par la substance vénéneuse ingérée, dont les effets sont presque exclusivement bornés à la lésion des organes digestifs (Tardieu). »

2° *Empoisonnements par les poisons hyposthénisants ou cholériformes.* — Préparations arsenicales, phosphore, sels de cuivre, de mercure, d'étain, de bismuth, émétique, nitre, sel d'oseille, digitale, digitaline.

Cet empoisonnement « a pour caractères essentiels non pas l'irritation locale produite par le poison, bien qu'elle soit réelle, mais les accidents généraux résultant de l'ab-

sorption, tout à fait disproportionnés avec les effets locaux, qui manquent d'ailleurs très souvent, complètement opposés à l'irritation et à l'inflammation, consistant en effet en des évacuations abondantes et répétées, vraiment cholériformes, suivies d'une dépression rapide et profonde des forces vitales, et liées à une altération souvent manifeste du sang. »

3° *Empoisonnements par les poisons stupéfiants.* — Préparations de plomb, acide carbonique, oxyde de carbone, hydrogène carboné, hydrogène sulfuré, éther, chloroforme, belladone, tabac, solanées vireuses, ciguë, champignons vénéneux.

Ces poisons, compris autrefois sous le nom de *narcotico-âcres*, déterminent des accidents ayant comme caractère essentiel : « une action directe, spéciale sur le système nerveux, action dépressive, qui répond à ce que l'on nomme en séméïotique la stupeur, accompagnée parfois d'une action locale, toujours peu intense. »

4° *Empoisonnements par les narcotiques.* — Opium et ses dérivés.

Cet empoisonnement « est caractérisé par l'action toute spéciale et distincte que l'on ne peut définir que par son nom même, le narcotisme. »

5° *Empoisonnements par les poisons tétaniques.* — Strychnine, voix vomique, brucine, acide prussique, aconit, sulfate de quinine, cantharides, camphre, alcool.

Cet empoisonnement a pour caractère essentiel « une excitation violente des centres nerveux. dont l'intensité peut aller jusqu'à produire instantanément la mort. »

Nous allons étudier chacun de ces groupes en particulier uniquement au point de vue des symptômes et des lésions que peuvent provoquer les divers poisons; nos lecteurs trouveront dans la seconde partie de cet ouvrage, à la *Toxicologie*, tout ce qui concerne les recherches chimiques du poison en lui-même.

PREMIÈRE CLASSE : POISONS IRRITANTS OU CORROSIFS.

Symptômes généraux. — D'une manière générale, ce groupe de poisons a pour caractéristique une *action locale*

irritative très violente et une inflammation plus ou moins intense du tube digestif. Ces symptômes peuvent être *suraigus* ou *subaigus*, suivant la dose ingérée.

A haute dose, ou si le poison est *très concentré*, on constate les phénomènes suivants : saveur brûlante et douleur très vive dans la gorge, le long de l'œsophage et jusque dans l'estomac; — vomissements souvent sanguinolents, de couleur brune ou jaunâtre; — réaction variable des matières vomies sur le papier de tournesol, suivant que le poison est acide ou alcalin; — coliques violentes, évacuations alvines fréquentes et abondantes; — déglutition douloureuse; — soif inextinguible; — bientôt après, signe d'une gastro-entérite violente avec ballonnement du ventre, suppression des urines; pouls petit, fréquent, misérable; — face décomposée; — mort en cinq ou six heures.

A dose moins élevée : vomissements et évacuations qui cessent plus ou moins tôt, mais persistance de la douleur; — déglutition toujours pénible; — fausses membranes qui se détachent et peuvent provoquer des hémorrhagies. — Comme effets secondaires : troubles profonds de la digestion et de la nutrition; le malade peut succomber dans le marasme au bout de plusieurs mois. Dans les cas favorables, même en cas de guérison, accidents de gastralgie ou de dyspepsie souvent incurables, toujours très rebelles.

Lésions anatomiques. — Elles sont en général limitées au tube digestif et sont caractérisées par des eschares, des fausses membranes de couleur variable, siégeant à l'entrée de la bouche, dans le pharynx et l'œsophage, des traces d'inflammation violente, des ulcérations, quelquefois des perforations de l'estomac, de l'intestin grêle, du gros intestin et particulièrement de l'extrémité inférieure du rectum (Tardieu). Le sang est coagulé ou dissous, quelquefois d'une couleur vermeille. Dans la forme subaiguë, on trouve des rétrécissements de l'œsophage, de l'estomac et des intestins, dont les parois sont hypertrophiées et dont la muqueuse est blanchâtre, épaissie et plissée.

Diagnostic. — Cette variété d'empoisonnement peut être confondue avec la perforation intestinale, l'étranglement interne ou externe, la péritonite aiguë, la colique hépatique.

Traitement. — Il variera suivant la nature du poison corrosif; nous l'indiquerons pour chacun d'eux, en particulier.

Les poisons de cette classe les plus importants au point de vue médico-légal peuvent être divisés en cinq groupes : 1° les *acides* proprement dits (sulfurique, nitrique, chlorhydrique, oxalique, phénique); — 2° les *sels acides* (alun, nitrate acide de mercure); — 3° les *alcalis* (potasse, soude caustique, eau de Javelle, ammoniaque); — 4° les *irritants drastiques* et enfin les *irritants mécaniques*, que Briand et Chaudé rangent dans cette classe.

1° Acides concentrés.

A. **Acide sulfurique.** — L'empoisonnement par cet acide n'est pas rare, surtout dans les cas de suicide ou d'empoisonnement accidentel. Les formes sous lesquelles on peut le prendre sont : l'*huile de vitriol* ou acide sulfurique du commerce, le *bleu des blanchisseuses* (solution d'indigo dans l'acide sulfurique), l'*eau de cuivre*, l'*eau à détacher*, qui ne sont que des solutions plus ou moins étendues d'acide sulfurique.

Dose. — L'eau de cuivre peut tuer à la dose d'un demi-verre ; — l'eau à détacher, à la dose de 30 grammes ; — le bleu des blanchisseuses, à la dose de 15, 20 ou 30 grammes.

Symptômes. — Douleur aiguë, atroce, allant de la gorge à l'estomac, immédiatement après l'ingestion de l'acide; — vomissements abondants qui exaspèrent la souffrance; matières rouges, brunes ou bleu indigo, déterminant une effervescence très vive sur la pierre ou le carreau; — douleur épigastrique intense, continue, constrictive, sous forme de crampe quelquefois; — pouls petit, serré, fréquent, comme convulsif; — face pâle, décomposée, anxiété extrême; — taches ou eschares grises ou brunes sur les lèvres et le pourtour de la bouche; — conservation de l'intelligence; — refroidissement général et rapide; — ventre généralement souple et indolent; pas d'évacuations alvines; — rarement de la diarrhée; — suppression des urines; — diminution

des forces en même temps que l'agitation redouble; — affaiblissement extrême et terminaison fatale en quelques heures, parfois trois ou quatre jours au plus, cela dépend de la quantité d'acide avalée et de l'état de vacuité ou de plénitude de l'estomac.

Il est de tous les poisons celui dont les accidents donnent le mieux l'idée d'un empoisonnement tel qu'on se le figure généralement.

Dans la forme *subaiguë* : symptômes d'une inflammation chronique des organes digestifs; propagation des douleurs de l'arrière-gorge à l'estomac et à l'abdomen; coliques violentes et répétées, avec constipation opiniâtre; quelquefois vomissements glaireux et sanguinolents, ou véritables hématémèses foudroyantes, d'autres fois troubles dyspeptiques opiniâtres, rebelles, au point que le malade ne peut digérer le moindre aliment, tombe dans le marasme et meurt littéralement de faim.

Lésions anatomiques. — Eschares noirâtres sur les lèvres, au pourtour de la bouche, dans l'intérieur de la cavité buccale, sur la langue, dans l'arrière-gorge, dans l'œsophage surtout, qui est quelquefois brûlé dans toute sa longueur; couleur noirâtre de la muqueuse stomacale, couverte d'un enduit semblable à de la suie desséchée; rétraction considérable de l'estomac; quelquefois plaques rouges et noires, ramollissement de cette muqueuse, qui se détache en lambeaux; d'autres fois eschares comprenant toute l'épaisseur de la paroi stomacale, ou bien perforations plus ou moins étendues; dans certains cas, lésions des organes respiratoires (trachée, bronches) quand l'acide a pénétré dans les voies aériennes. Tardieu signale enfin les caillots qu'on trouve non seulement dans les vaisseaux de la paroi externe de l'estomac, mais encore dans les vaisseaux mésaraïques, les veines iliaques et quelquefois même l'artère fémorale, comme Grisolle en a publié un cas.

Le sang a une consistance sirupeuse, une couleur rouge cerise et une *réaction très acide.*

Casper signale enfin ce fait particulier que l'acide sulfurique a un effet antiseptique, et que les cadavres des victimes de ce genre d'empoisonnement restent longtemps frais

et n'exhalent aucune mauvaise odeur pendant la dissection.

Lorsque l'empoisonnement a affecté la forme *subaiguë* : lésions caractéristiques de l'œsophage, de l'estomac et des intestins; l'œsophage est le plus souvent le siège de un ou plusieurs rétrécissements fibreux, résistants et très étendus, résultant de la cicatrisation des ulcérations consécutives à la chute des eschares; — *du côté de l'estomac*, tantôt signes d'une phlegmasie chronique avec épaississement général des tuniques; tantôt chute des eschares avec perforation d'une artère et hémorrhagie foudroyante; le plus souvent, et c'est la lésion caractéristique, *rétrécissement de l'estomac.*

Traitement. — Dans l'empoisonnement aigu, administrer d'abord un vomitif, puis, comme contre-poisons : les oxydes et les carbonates métalliques non vénéneux susceptibles de saturer ou de neutraliser chimiquement les acides, tels que la magnésie carbonatée délayée dans l'eau, l'eau albumineuse, la craie blanche en bouillie très claire, une solution étendue de carbonate de soude ou de potasse, de l'eau de savon ou toute autre substance alcaline, une poignée de cendres de bois qu'on délaye dans l'eau et qu'on fait prendre, après l'avoir passée à travers un linge; contre les douleurs, l'opium.

B. **Acide nitrique.** — Presque aussi répandu dans l'industrie que l'acide sulfurique, l'acide nitrique ou azotique est une cause fréquente d'empoisonnement. Il peut être absorbé sous les formes suivantes : *eau-forte des graveurs*, *eau régale* (mélange d'acide nitrique et d'acide chlorhydrique), *nitrate acide de mercure.*

Dose. — L'acide nitrique peut tuer à la dose de 30 à 60 grammes.

Symptômes. — D'une manière générale, l'empoisonnement par l'acide nitrique ne présente ni le même degré de violence ni la même apparence d'acuité que l'empoisonnement par l'acide sulfurique. A l'état *suraigu* : taches jaunes d'ocre sur les lèvres, ces taches ne sont pas des eschares comme avec l'acide sulfurique, mais le résultat d'une combinaison chimique spéciale (Tardieu); — coloration blanche et destruction de l'épithélium de la muqueuse de la bouche et de la gorge; — sensation de chaleur brûlante dans la

bouche ; — tuméfaction de la langue, qui a la teinte du citron ; — gonflement des amygdales ; — douleur très vive, limitée d'abord à l'épigastre, puis rapidement généralisée ; — éructations gazeuses, vomissements répétés de matières très acides, glaireuses, quelquefois sanguinolentes ; — bientôt évacuations alvines de même nature, ventre dur et douloureux, quelquefois au contraire constipation opiniâtre ; — envies fréquentes d'uriner, suivies bientôt de dysurie ; — agitation des malades, dont l'intelligence est parfaitement nette ; — quelquefois voix éteinte, toux et crachats sanguinolents indiquant que le liquide a pénétré dans le larynx : les lésions du côté de cet organe, très rares dans l'empoisonnement par l'acide sulfurique, sont au contraire très fréquentes, presque constantes dans l'empoisonnement par l'acide nitrique (Tardieu) ; — pouls petit, fréquent, irrégulier ; — abattement de plus en plus marqué ; — le corps se refroidit, et le malade meurt dans le délire en quelques heures ou en trois ou quatre jours.

Dans les cas *subaigus* ou se terminant par la guérison, on observe des phénomènes d'inflammation gastro-intestinale, accompagnée d'une desquamation de la muqueuse de la bouche et du larynx ; et il reste, comme dans l'empoisonnement par l'acide sulfurique, des troubles persistants de la digestion, de la dyspepsie, avec une gêne de plus en plus marquée de la déglutition résultant du rétrécissement de l'estomac ; le malade maigrit de jour en jour, et meurt dans le marasme au bout d'un temps plus ou moins long, plusieurs mois, quelquefois plusieurs années après l'accident (Taylor, Moutard-Martin).

Lésions anatomiques. — La muqueuse de la cavité buccale, de la langue et de l'œsophage a une teinte d'un gris violacé ou est couverte d'une croûte d'un rouge de couleur orangé ; quelquefois la tunique interne de l'œsophage se détache sous forme d'un étui de couleur citron. La muqueuse stomacale est d'un rouge brique, inégale, rugueuse, mamelonnée, ramollie, parsemée de taches noirâtres, dues à des ecchymoses sous-muqueuses (Tardieu). L'estomac contient un liquide jaune, visqueux, sanguinolent ou d'un jaune verdâtre, épais et graisseux. Il est rarement perforé.

Les altérations en général ne vont pas plus loin que le duodénum; dans certains cas cependant, on a trouvé des ulcérations dans l'intestin grêle. — Quand le liquide a pénétré dans les voies aériennes, on trouve la muqueuse du larynx gonflée, enflammée et dépouillée de son épithélium; de l'œdème de la glotte et une exsudation sanguinolente à la face interne du larynx; le sang du cœur est noir et fluide.

Dans les cas où la mort est arrivée *lentement*, à la suite des accidents secondaires que nous avons indiqués plus haut, on trouve à l'autopsie : les indices d'une inflammation chronique de l'estomac, quelquefois un rétrécissement de cet organe (Vernois), le plus ordinairement un ou plusieurs rétrécissements de l'œsophage, dont les parois sont hypertrophiées (Moutard-Martin).

Traitement. — Le même que pour l'acide sulfurique.

C. **Acide chlorhydrique** (acide muriatique, esprit de sel). — Il est moins utilisé, surtout à l'état de pureté, que l'acide sulfurique et l'acide nitrique; c'est un poison énergique, qui peut tuer à la *dose* de 15 grammes.

Symptômes. — A peu près les mêmes que pour l'acide sulfurique et l'acide nitrique; les seules différences sont : 1° dans la coloration particulière, grisâtre, des taches que laisse le liquide dans la cavité buccale, sur les lèvres et au pourtour de la bouche; — 2° dans la formation de fausses membranes épaisses qui tapissent les muqueuses atteintes par l'acide; — 3° dans la coloration *couleur marc de café* des vomissements, dont l'aspect rappelle ceux des individus atteints de cancer de l'estomac; — 4° enfin dans l'haleine des malades, qui est très acide et au contact de l'ammoniaque donne des vapeurs blanches (Lutaud).

Lésions anatomiques. — A peu près les mêmes que pour l'acide sulfurique.

Traitement. — Comme pour ce dernier acide.

D. **Acide oxalique.** — Il est très employé dans l'industrie (teinturiers, imprimeurs sur étoffes, fabricants de chapeaux de paille, nettoyage des cuivres); en outre il ressemble beaucoup au sel d'Epsom (sulfate de magnésie); aussi donne-t-il lieu à des accidents fréquents ou à des tentatives d'empoisonnements. Les accidents qu'il provoque peuvent servir

de type à l'empoisonnement par les acides végétaux, comme l'acide tartrique ou l'acide acétique. Tardieu fait remarquer que les auteurs ont confondu à tort l'empoisonnement par l'acide oxalique avec l'empoisonnement par le *sel d'oseille* ou bioxalate de potasse ; les caractères, comme nous le verrons plus loin, sont bien différents.

Dose. — L'acide oxalique cristallisé peut tuer à la *dose* de 15 à 30 grammes.

Symptômes. — A l'état *suraigu :* chaleur acide et brûlante dans la bouche, la gorge, le long de l'œsophage et l'estomac ; en même temps, sensation de spasme et de suffocation, face livide, peau froide et visqueuse ; — immédiatement ou quelques minutes après l'ingestion, vomissements qui peuvent ne se produire qu'au bout de sept heures (Cristison) ou manquer complètement (Taylor). Les matières vomies sont très acides, ordinairement d'un vert foncé ou noir, mélangées de mucosités sanguinolentes ; — sensation de brûlure intense ; — ventre tendu et douloureux ; — sueurs froides de la peau, puis convulsions ; — abattement, prostration telle que le malade ne peut se soutenir : il semble plongé dans une stupeur profonde, ne pas avoir conscience de ce qui se passe autour de lui et sort difficilement de cet état d'anéantissement ; — membres inférieurs fortement fléchis sur l'abdomen ; — mâchoires serrées et contractées spasmodiquement ; — pouls petit, irrégulier, à peine perceptible ; — engourdissement des extrémités ; — embarras de la circulation, qui devient de plus en plus rare, et la mort arrive en quelques heures ou quelques jours au plus.

Dans les cas *subaigus,* lorsque l'individu ne meurt pas, la bouche reste douloureuse, et, pendant un temps plus ou moins long, le malade éprouve une sensation de brûlure et de resserrement de la gorge, des difficultés pour avaler, des douleurs stomacales, de la tension abdominale, des vomissements accompagnés de diarrhée ; — la soif est vive : — la langue dépouillée de son épithélium ; — la voix est éteinte pendant huit à dix jours ; — enfin l'engourdissement et les phénomènes de paralysie des membres inférieurs peuvent persister pendant plusieurs mois, avec complication

d'élancements dans les muscles de la face et des extrémités (Tardieu).

Lésions anatomiques. — Dans les cas d'empoisonnement *aigu* : coloration blanche de la muqueuse de la langue, de la bouche, de l'œsophage et de l'estomac; — les matières que contient cet organe sont brunes, souvent acides et de consistance gélatineuse; sa muqueuse est pâle, ramollie, comme macérée dans l'eau, et présente des traces d'inflammation et d'érosion qui peuvent manquer quand la mort a été très rapide; — caillots noirs dans les petits vaisseaux qui se ramifient dans les parois de l'estomac. Tardieu signale tout particulièrement la coloration généralement vermeille du sang et de tous les tissus très riches en capillaires; — quelquefois des traces d'inflammation vers la partie inférieure de l'intestin, d'autres fois des lésions à peu près semblables à celles que produit l'acide sulfurique. La perforation de l'estomac est tout à fait exceptionnelle.

Traitement. — Comme pour les autres acides : opium contre les douleurs et les accidents nerveux; alcool contre la prostration; les vomitifs sont contre-indiqués dans les cas où l'acide était concentré, à cause du ramollissement de l'estomac.

E. **Acide tartrique.** — L'empoisonnement par cet acide est très rare.

Lésions anatomiques. — Phénomènes locaux d'irritation et d'inflammation du côté du tube digestif; phénomènes généraux plus accentués que pour les autres acides : altération remarquable du sang, qui est d'une fluidité persistante et d'une couleur groseille qu'il donne à tous les tissus; de plus, phénomènes de congestion et quelquefois des noyaux apoplectiques dans tous les organes, particulièrement dans les poumons.

Traitement. — Le même que pour l'acide oxalique.

F. **Acide phénique** (acide carbolique ou phénol). — L'empoisonnement par cet acide est devenu assez fréquent depuis quelques annéees, à cause de l'abus qu'on a fait de ce médicament en thérapeutique. A l'intérieur, il peut causer la mort à la *dose* de 15 à 20 ou 30 grammes.

Symptômes. — Immédiatement après son ingestion : vio-

lente sensation de brûlure dans le pharynx, avec nausées, sans vomissements ; — coloration blanche des lèvres, de la langue, des muqueuses nasale, buccale et pharyngienne; — l'haleine exhale une forte odeur de phénol; — visage décomposé, anxieux; — respiration agitée, difficile, stertoreuse; — déglutition presque impossible; — pouls petit, extrêmement fréquent; — battements tumultueux du cœur; — stupeur, sueurs froides, syncope, prostration excessive; — abaissement rapide de la température, qui peut tomber à 35 degrés; — enfin résolution des muscles, perte de la sensibilité, contraction des pupilles et mort généralement très rapide, en une ou deux heures, cinq ou six au plus. Très rarement guérison.

Lésions anatomiques. — Elles sont caractéristiques : d'abord forte odeur d'acide phénique; — coloration uniformément blanche de l'arrière-gorge et de l'œsophage, dont la muqueuse est ratatinée et comme durcie; — injection parfois intense de la face interne de l'estomac; — corrosions par places et taches blanchâtres; — mêmes altérations dans le larynx, la trachée, les bronches ; — infarctus nombreux dans les poumons; — cœur flasque et un peu graisseux; cavités droites vides ; un peu de sang fluide dans les cavités gauches; — stéatose du foie et des reins; — tous les organes ont une odeur marquée de phénol.

Traitement. — On a conseillé un mélange d'huile de ricin et d'huile d'olive ou d'amandes douces.

G. **Acide acétique concentré** (vinaigre radical). — Peut donner la mort à la dose de 10 à 12 grammes.

Symptômes. — Coloration blanche des dents, qui ne sont pas altérées; — langue brune et contractée; — au pourtour de la bouche, liquide écumeux et *brunâtre* en partie *desséché* : ce dernier caractère permet de distinguer ces taches de celles produites par l'acide sulfurique et qui restent toujours *humides.*

Lésions anatomiques. — Inflammation, ramollissement, quelquefois perforation de la muqueuse gastro-intestinale, qui a une coloration noirâtre; les matières contenues dans l'estomac sont également noires et semblables à de la suie.

On voit que cet empoisonnement présente une certaine ressemblance avec l'empoisonnement par l'acide sulfurique.

2° Sels acides.

A. **Alun** (sulfate acide d'alumine et de potasse). —.Ce sel agit surtout par l'acide sulfurique qu'il contient, et provoque comme lui des phénomènes d'inflammation du tube digestif suffisants pour donner la mort. Les *symptômes* et les *lésions anatomiques* sont à peu près les mêmes, à l'intensité près.

Cet empoisonnement a été du reste rarement observé. Suivant Tardieu, l'alun peut donner la mort à la *dose* de 15 à 20 ou 30 grammes; il fait remarquer que son action peut produire des accidents semblables à ceux de l'angine couenneuse ou gangréneuse; il y a là une certaine difficulté sur le vivant au point de vue du diagnostic.

B. **Nitrate acide de mercure.** — Dans l'empoisonnement aigu, ce sel acide détermine les mêmes *symptômes* et les mêmes *lésions* que l'acide nitrique (Fauvel.)

3° Alcalis.

Les alcalis caustiques, surtout la potasse et la soude, très différents des acides au point de vue chimique, s'en rapprochent beaucoup par leurs propriétés vénéneuses et les lésions qu'ils provoquent dans l'organisme.

Nous étudierons surtout la *potasse*, la *soude* et l'*ammoniaque*, dont les effets peuvent être présentés comme types de l'empoisonnement par les alcalins.

A. **Potasse et soude.** — Ces sels, d'un usage fréquent dans l'industrie, sont la cause fréquente d'empoisonnements volontaires ou accidentels : ils peuvent être pris sous la forme de *potasse* et *soude du commerce* (carbonate de potasse, carbonate de soude), de *potasse d'Amérique*, très utilisée par les ébénistes, d'*eau seconde*, employée par les peintres et les graveurs, de *lessive* des blanchisseurs, d'*eau de Javelle* surtout (chlorure de potasse et de soude), qui est journelle-

ment entre les mains des blanchisseuses et des ménagères. Aussi cette dernière est-elle souvent la cause d'empoisonnements : elle peut donner la mort à la *dose* de 150 à 200 grammes; pour la potasse et la soude du commerce, il suffit de 10 à 20 grammes.

Tardieu fait remarquer que l'eau de Javelle, faite autrefois avec de l'hypochlorite de potasse, se fabrique actuellement avec de l'hypochlorite de soude, le prix des potasses étant beaucoup plus élevé que celui des soudes. Ces deux sels ont du reste les mêmes propriétés chimiques et toxiques. A ce dernier point de vue, ce sont des poisons très énergiques.

Symptômes. — Immédiatement après l'ingestion : sensation de brûlure et de resserrement dans la bouche, le long de l'œsophage et dans l'estomac; — l'haleine dégage l'odeur caractéristique des hypochlorites; — douleur atroce avec nausées et vomissements; — anxiété extrême; — tremblements convulsifs des membres; — chez les enfants, véritables convulsions et hoquets très violents; — puis coliques avec déjections alvines sanguinolentes; — enfin refroidissement général et mort en quelques heures. Les matières vomies ont une réaction *alcaline* et verdissent le sirop de violettes.

Le plus souvent, la mort n'est pas si rapide, les premiers accidents se calment, et le malade succombe, par suite d'une inflammation chronique du tube digestif, en trois ou quatre mois, dans le dernier marasme.

Lésions anatomiques. — Elles sont sinon plus profondes, du moins plus étendues que dans l'empoisonnement par les acides. Dans les cas aigus, on trouve une sorte de gangrène humide de l'estomac, un ramollissement général intéressant non seulement la muqueuse, mais toutes les parois de l'estomac (Tardieu). — Dans les cas où la mort a été lente, on constate, comme dans l'empoisonnement subaigu par les acides, des lésions chroniques de l'œsophage et de l'estomac, avec rétrécissement et induration de leurs parois.

Traitement. — Provoquer d'abord les vomissements, puis donner des boissons acides, comme de l'eau vinaigrée, du jus de citron étendu d'eau, une solution étendue d'acide

citrique. On peut ensuite faire prendre de l'eau tiède avec de l'huile (Lutaud).

B. **Ammoniaque** (alcali volatil). — L'empoisonnement par l'ammoniaque est assez rare; il tend cependant à devenir plus fréquent, en raison de l'abus qu'on fait d'une de ses préparations, l'*eau sédative*. Cette dernière peut donner la mort à la *dose* de 250 grammes; pour l'ammoniaque pure, il suffit de 30 grammes.

Symptômes. — Son action, très énergique et surtout très rapide, se traduit par l'ensemble des symptômes suivants : angoisse affreuse avec suffocation, contraction et sensation d'atroces déchirements dans l'estomac, quelquefois assez violents pour faire perdre connaissance; gêne très marquée de la déglutition; — puis bientôt vomissements répétés, glaireux et sanguinolents; — face pâle, yeux hagards et injectés; — lèvres extrêmement tuméfiées et présentant une rougeur intense quelquefois scarlatiniforme (Fonssagrives), qui s'étend à la bouche et à l'arrière-gorge; — pouls lent et irrégulier; — voix éteinte; oppression très marquée, avec toux catarrhale violente; — quelquefois teinte ictérique de la peau, ou plaques d'érythème ou de purpura, parfois un érysipèle plus ou moins étendu; — suppression des évacuations; — d'autres fois, douleurs abdominales avec selles involontaires, liquides, séreuses ou sanglantes; — urines nulles ou rares et sanguinolentes; — quelquefois douleurs très aiguës dans les membres; — puis le pouls s'affaiblit de plus en plus et disparaît; — survient une dyspnée très pénible, et enfin l'agonie et la mort, qui arrive en quelques heures sans que l'intelligence ait été troublée. Dans certains cas, le liquide pénètre dans les voies aériennes et provoque des accès de suffocation, avec production de râles abondants dans la poitrine. — L'*eau sédative* détermine en outre des troubles nerveux (convulsions, délire, coma), dus vraisemblablement au camphre qu'elle contient.

Dans les cas favorables, soit que la quantité de poison ait été insuffisante, soit qu'on ait administré à temps les contre-poisons, après la disparition des premiers symptômes douloureux, les lèvres et l'intérieur de la bouche restent

rouges pendant quelques jours, gonflés et couverts de croûtes et d'aphthes; survient une expectoration abondante de crachats filants et mélangés de sang; cette expectoration est quelquefois énorme, par suite de la stomatite aiguë résultant du contact de l'alcali; le flux salivaire, qui, dans un cas du docteur Fonssagrives, a été jusqu'à trois litres par jour, peut devenir un véritable danger; enfin l'oppression, l'extinction de la voix et la dysphagie durent pendant quelques jours, et la guérison n'est complète qu'au bout de quelques semaines.

Lésions anatomiques. — Rougeur intense de la muqueuse des premières voies digestives; quelquefois fausses membranes, eschares sèches et jaunes dans le pharynx, l'œsophage et l'estomac; ulcérations plus ou moins profondes jusque dans les intestins; quelquefois hémorrhagies sous-muqueuses; dans quelques cas, dégénérescence graisseuse des reins et du foie, avec ecchymoses sous leur tunique d'enveloppe; pour les reins, stéatose ayant envahi à la fois les tubuli, les vaisseaux et les glomérules; du côté des voies aériennes, injection de la muqueuse; exsudations pseudo-membraneuses, un véritable croup bronchique; congestion, inflammation ou hépatisation des poumons. Tardieu insiste tout particulièrement sur l'état du sang, qui est fluide ou coagulable et prédispose aux hémorrhagies, et surtout sur la stéatose du foie et des reins, qui jusqu'ici avait été considérée comme spéciale à l'empoisonnement par le phosphore; elle est aussi marquée dans l'empoisonnement par l'ammoniaque.

Traitement. — Faire vomir, puis administrer des boissons acidulées ou mucilagineuses, du lait, des antiphlogistiques (sangsues, saignées). Du reste, même traitement que pour la potasse et la soude. Contre la salivation, on pourra utiliser le chlorate de potasse.

Ajoutons que, au point de vue médico-légal, l'ammoniaque, en raison de son odeur si désagréable, ne peut guère être employée comme agent d'un empoisonnement criminel; rarement on s'en sert pour se donner la mort.

4° Drastiques.

Les substances drastiques sont des agents thérapeutiques très énergiques fournis par le règne végétal et dont le principe actif est presque toujours la *vératrine*. Les principales sont : les *euphorbes*, le *croton tiglium*, la *bryone*, la *rue*, la *coloquinte*, la *gomme-gutte* et la *graine du ricin*. Elles sont rarement employées dans les tentatives homicides; presque toujours il s'agit d'empoisonnement accidentel, par suite d'erreurs qui font confondre certaines d'entre elles avec d'autres plantes usuelles ou comestibles, comme la bryone, qu'on peut prendre pour le navet.

Les *doses* qui peuvent produire ces accidents varient pour chacun de ces drastiques, et nous ne pouvons les indiquer ici. C'est une question de thérapeutique.

Symptômes. — Les substances drastiques appliquées sur la peau déterminent une *action locale* énergique et une éruption vésiculeuse très abondante. Prises à l'*intérieur*, elles provoquent les troubles suivants : quelque temps après leur ingestion, douleurs brûlantes dans le ventre, nausées, vomissements bilieux répétés et pénibles, évacuations alvines abondantes, dysentériques, cholériformes, hémorrhagiques, suivies de refroidissement général, de petitesse extrême du pouls, de prostration, de convulsions, enfin de paralysie; mort en vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Lésions anatomiques. — Inflammation très intense du canal intestinal, peu de chose relativement du côté de l'estomac; liquide floconneux, blanchâtre ou sanguinolent, quelquefois du sang pur dans les intestins, dont la muqueuse est ramollie, parsemée d'ulcérations, de taches noires et de plaques gangréneuses; ramollissement de tous les viscères, particulièrement du foie et de la rate.

Traitement. — On a conseillé comme contre-poison contre les drastiques et leur principe actif la vératrine : l'iodure de potassium ioduré, dont l'action sera aidée par des vomitifs.

Voici les caractères extérieurs qui permettront de reconnaître les principaux drastiques :

A. **Graines de croton tiglium. Huile de croton.** — Les graines sont ovales et jaunâtres à l'extérieur; de l'ombilic au sommet, elles présentent plusieurs nervures saillantes « dont les deux latérales sont plus apparentes et forment deux petites gibbosités avant de se réunir à la partie inférieure de la graine. » (Tardieu.) L'huile extraite de ces graines est épaisse, d'une couleur brune, d'une odeur désagréable et

Fig. 17. — *Croton tiglium* (graine).

Fig. 18. — *Croton tiglium* (fruit).

d'une âcreté excessive. A la dose de une à deux gouttes, elle produit une diarrhée extrêmement intense qu'on a vu durer plusieurs mois.

Les empoisonnements par l'huile de croton sont presque toujours accidentels. MM. Mayet et Hallé ont rapporté un cas d'empoisonnement criminel avec de l'huile de croton qu'on avait introduite dans la pulpe de fraises.

B. **Coloquinte.** — Fruit globuleux de la grosseur d'une orange, jaune à la maturité, et renfermant des graines jaunâtres. Dans le commerce, l'écorce a été enlevée, et sa pulpe blanche est d'une amertume insupportable; les graines constituent un purgatif des plus violents.

C. **Gomme-gutte.** — Gomme résine couleur jaune ambré, sans odeur, d'une saveur d'abord nulle, puis très âcre ; sa poudre est d'un beau jaune. Elle est très employée en médecine vétérinaire et dans les arts.

D. **Épurge.** — Ses semences, très répandues, provoquent des vomissements en même temps que des effets purgatifs violents. L'huile de ces graines purge violemment à la dose de 1 à 2 grammes.

E. **Euphorbe.** — C'est une gomme résine jaunâtre, sans

odeur sensible, mais d'une saveur brûlante et corrosive. Sa poudre produit des éternuments très violents. L'euphorbe est un purgatif tellement violent qu'on a dû y renoncer en thérapeutique.

F. **Colchique d'automne.** — Plante très commune en France; les parties vénéneuses sont le tubercule et les

Fig. 19. — *Colchicum autumnale.*

graines, qui doivent leurs propriétés toxiques à la *colchicine*, qui ressemble beaucoup à la vératrine.

G. **Vératrine.** — Cet alcaloïde, principe actif des drastiques, s'extrait surtout de l'ellébore blanc (Briand et Chaudé) et se présente sous la forme d'une poudre blanche, excessivement âcre et dont les plus petites parcelles provoquent des éternuments violents (Tardieu). Elle n'offre pas de caractères chimiques bien tranchés.

La *rue*, la *sabine*, l'*if*, la *staphysaigre*, administrés dans le but de provoquer l'avortement, peuvent aussi déterminer des troubles analogues à ceux des poisons drastiques, et doivent en être rapprochés au point de vue médico-légal.

A côté de ces poisons irritants, on peut encore ranger la *coralline*, substance dérivée de l'*acide roséolique*, qui provient lui-même de l'acide phénique.

Cette substance, très employée depuis une dizaine d'années dans la teinture en rouge de la bonneterie de laine, de coton ou de soie, agit, suivant Tardieu, « à la façon des poisons irritants, notamment des substances dites drastiques, de l'huile de croton par exemple, dont elle reproduit à la fois l'action locale, sous la forme d'une éruption vésiculeuse très aiguë, et les effets généraux, tels que l'inflammation du tube digestif. Absorbée et passée dans la profondeur des organes, elle y provoque d'une part la stéatose, cette dégénérescence graisseuse que produisent diverses espèces de poisons, le phosphore, l'ammoniaque, l'arsenic, et d'autre part elle s'y concentre et peut en être extraite en conservant sa couleur spéciale et ses propriétés tinctoriales. » (*Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1869, p. 268.)

Irritants mécaniques.

Briand et Chaudé rangent dans ce groupe des corps qui n'ont qu'une action d'irritation locale et peuvent être administrés dans un but criminel, comme le *verre pilé*, des *épingles*, des *aiguilles*, etc.

Verre pilé. — Le verre pilé n'est pas un poison, comme on le croit communément; il n'a qu'une action mécanique, nulle ou à peu près quand il est ingéré à l'état de poudre très fine; si la poudre est grossièrement concassée et contient des fragments de verre plus ou moins volumineux, il peut survenir des accidents plus ou moins graves résultant de la déchirure des parois du tube digestif par les morceaux de verre (inflammation, entérite, perforation intestinale).

Au point de vue *médico-légal*, l'administration du verre pilé avec l'intention de donner la mort doit-elle être considérée comme un empoisonnement? Sur cette question, les arrêts de la jurisprudence sont contradictoires : tantôt elle considère que le verre pilé n'est pas un poison et *acquitte*

les accusés (affaire de la femme Lioret, Cour d'assises du Loiret, 1826); — tantôt au contraire elle semble plutôt prendre en considération l'intention elle-même et conclut à une *condamnation* pour tentative d'empoisonnement (affaire Collot, Cour d'assises de l'Yonne, 1847). Actuellement, suivant Briand et Chaudé, « on est arrivé à considérer le verre pilé non comme un *poison* ou une *substance délétère*, mais comme un *instrument vulnérant* dont l'usage dans un but criminel constitue le meurtre ou l'assassinat, ou la tentative d'un de ces crimes. »

Epingles. Aiguilles. — Ces corps, introduits dans le tube digestif par accident ou intentionnellement, peuvent, comme le verre, provoquer des accidents plus ou moins graves, se fixer dans les parois de l'œsophage, de l'estomac ou des intestins, traverser ces derniers organes, s'arrêter dans un point quelconque et déterminer des douleurs persistantes dont la cause est difficile à découvrir. Le plus ordinairement, elles sont entraînées par les matières alimentaires et sortent avec les déjections; enfin, dans certains cas, on les a vus, après un séjour plus ou moins prolongé dans l'organisme, venir poindre sous la peau dans une région plus ou moins éloignée.

DEUXIÈME CLASSE : POISONS HYPOSTHÉNISANTS OU CHOLÉRIFORMES.

Ces poisons diffèrent des poisons irritants par ce fait que l'action locale irritative est secondaire, et que les premiers accidents (nausées, vomissements, évacuations alvines) sont bientôt suivis de troubles généraux profonds (prostration extrême des forces, état syncopal, paralysie du sentiment ou du mouvement, etc.) qui sont la caractéristique de ce groupe de poisons, et les rapprochent de certaines affections spontanées plus ou moins graves, comme le choléra, l'indigestion, certaines formes adynamiques ou ataxiques de la fièvre typhoïde, etc.

Les espèces de poisons compris dans cette classe sont : l'*arsenic*, le *phosphore*, le *sublimé corrosif* et les autres *sels*

de mercure, les *sels de cuivre*, l'*émétique*, le *nitre*, le *sel d'oseille*, la *digitale* et la *digitaline*.

A. **Arsenic.** — L'empoisonnement par l'arsenic constitue le type le plus tranché du groupe des poisons hyposthénisants, et demande à être étudié dans tous ses détails.

L'arsenic a été de tout temps un des poisons les plus employés; il l'est beaucoup moins depuis une vingtaine d'années et tend à diminuer de jour en jour : ainsi, de 1825 à 1832, sur 94 empoisonnements, 54 ont eu lieu par les préparations arsenicales; — de 1832 à 1840, on en compte 141 sur 194; — de 1851 à 1872, sur 793 empoisonnements, l'arsenic en fournit encore 287. Mais, dans cette dernière période, un grand changement se produit dans la proportion annuelle, et l'on voit le chiffre des empoisonnements par l'arsenic tomber, de 35 en 1851, et 42 en 1855, à 3 en 1860, — 3 en 1861, — 2 en 1870 et 2 en 1871 (Tardieu). La cause de cette diminution dans les empoisonnements par l'arsenic tient, d'une part aux mesures prises par l'autorité pour empêcher la vente des préparations arsenicales ; de l'autre, à la facilité avec laquelle on retrouve les traces du poison et qui a détourné les criminels de l'emploi d'une substance trop facile à découvrir.

Pour prévenir les empoisonnements accidentels par l'arsenic, dus à l'absence de saveur de l'acide arsénieux, une prescription du ministre de l'agriculture et du commerce, datée de 1875, ordonne aux pharmaciens de ne vendre l'acide arsénieux que sous la forme de mélange intime avec un centième de colcothar et un demi-centième d'aloès; ce mélange a le double avantage de colorer l'arsenic et de lui communiquer un saveur amère, ce qui permettra d'éviter la confusion avec d'autres poudres blanches et sans saveur comme la farine, la poudre d'amidon, etc. M. Grimaud, dans la même intention, a proposé de mélanger l'acide arsénieux avec un centième de sulfate de fer et un centième de prussiate de potasse, qui donnent une substance d'une couleur bleue ou bleuâtre et d'un goût atramentaire, métallique, impossible à confondre avec ceux des aliments ou des boissons.

Les préparations arsenicales qui peuvent donner lieu à des

empoisonnements sont : l'*acide arsénieux* ou *mort-aux-rats* employé pour la destruction des animaux et le chaulage des grains (interdit depuis l'ordonnance du 29 octobre 1846); on peut le confondre avec les poudres blanches alimentaires (farine, sucre, amidon); — l'acide *arsénique*, utilisé en grand dans l'industrie pour la préparation des rouges d'aniline ou fuchsine; — l'*oxyde d'arsenic* ou *arsenic natif noir* (poudre aux mouches, mine de cobalt ou cobolt); — les *verts arsenicaux* (vert de Scheele, vert anglais, vert de Schweinfurth), qui sont des arsénites et des arséniates de cuivre et sont employés dans la teinture des papiers, des étoffes et des fleurs; — l'*orpiment* (sulfure jaune d'arsenic) et le *réalgar* (sulfure rouge d'arsenic), qui entrent dans certaines pommades épilatoires (Rusma des Orientaux) : ces poudres ou pâtes contiennent de l'acide arsénieux mélangé à d'autres substances actives employées en thérapeutique pour l'usage externe, dans le traitement des affections cancéreuses (pâtes du frère Côme, de Rousselot, etc.), — la *liqueur de Fowler* (arsénite de potasse) et la *liqueur de Pearson* (arséniate de soude), d'un usage très répandu en médecine; — l'*hydrogène arsenié* (Vallette, Olliver, Troost). — Tardieu signale encore le *savon de Becœur* (mélange d'acide arsénieux, de savon de Marseille, d'eau, de carbonate de potasse, de chaux vive et de camphre), destiné à conserver les animaux empaillés.

Doses. — Toutes les préparations arsenicales sont des poisons très énergiques, même en petite quantité. Quant à la dose nécessaire pour déterminer la mort d'un adulte, il est actuellement difficile de la préciser. Suivant Lachèse fils, il faudrait 1 à 3 centigrammes d'arsenic pour produire des symptômes d'empoisonnement, et 5 à 10 centigrammes pour tuer. Taylor pense que, sur cette question, il est impossible à l'expert de se prononcer. C'est aussi l'opinion de Tardieu, qui conclut cependant de ses observations que 10 à 15 centigrammes peuvent suffire pour donner la mort; mais le plus ordinairement la dose administrée est beaucoup plus considérable et va jusqu'à 5, 10 et 15 grammes. Il fait remarquer en outre « que ce serait une erreur de croire, en ce qui touche l'arsenic, que plus la dose ingérée sera

forte, moins ses effets seront à redouter, parce qu'elle sera immédiatement expulsée et n'agira pas. Il s'en faut de beaucoup qu'il en soit ainsi, et dans tous les cas cités où des doses énormes de poison avaient été administrées, quelle qu'ait été la quantité perdue, il en est, sinon toujours, au moins dans le plus grand nombre des cas, resté assez pour amener rapidement la mort. »

Ajoutons enfin que, pour l'arsenic surtout, on devra tenir compte de l'habitude, qui diminue sensiblement les effets toxiques de ce poison, ainsi qu'on a pu le constater chez les mangeurs d'arsenic.

Symptômes. — 1° *Empoisonnement par l'arsenic pris à l'intérieur.* — Au point de vue de la rapidité et de la marche des symptômes, l'empoisonnement peut affecter quatre formes bien distinctes : il peut être *suraigu*, *latent*, *subaigu* ou *lent*.

a. Dans la *forme suraiguë*, au bout d'une heure environ : sensation de douleur âcre mais non de brûlure dans la gorge; — nausées, vomissements abondants, répétés, d'abord alimentaires, puis formés de matières blanchâtres; — soif ardente : le malade absorbe de grandes quantités de liquides qu'il revomit immédiatement; — douleur épigastrique exaspérée par la pression; — quelquefois mal de tête violent et fixe; — dès le début, altération des traits, refroidissement des extrémités, affaiblissement extrême, tendance à la syncope, pouls petit, à peine sensible; — puis évacuations alvines alternant avec les vomissements, quelquefois involontaires et constituées par une diarrhée séreuse et blanche; — crampes douloureuses dans les membres; — le visage, d'abord pâle, devient rouge, violet, cyanosé; — diminution rapide des forces; — peau froide, glacée; — suppression de toutes les excrétions; — enfin mort en 5 à 12, 15 ou 20 heures, à partir du moment de l'apparition des premiers symptômes.

b. Dans la forme *latente* : pas de vomissements, pas d'évacuations alvines, pas de troubles généraux apparents; peau fraiche, pouls tranquille; rien n'indique d'abord un empoisonnement, à part une grande faiblesse caractérisée par quelques syncopes, et qui est suivie bientôt d'une som-

nolence aboutissant rapidement à la mort sans agonie, en quelques heures, aussi vite que dans l'empoisonnement suraigu (Laborde, Casimir Renault).

c. La forme *subaiguë* est la plus fréquente et présente les symptômes suivants : vomissements très abondants, très fréquents au début, mais cessant au bout de un ou deux jours et suivis d'une amélioration apparente; le ventre est indolent; la respiration redevient normale et la langue naturelle. « Mais l'âcreté de la gorge, la soif et le refroidissement général persistent, ainsi qu'une grande faiblesse, une constante irrégularité du pouls et des battements du cœur, une oppression et une dyspnée très pénibles, et la suppression de l'urine. La sensation la plus incommode est une constriction spasmodique de la gorge qui s'accompagne d'une déglutition douloureuse et parfois d'une sorte de brûlure qui s'étend depuis la bouche jusqu'à l'anus. Souvent il survient des phénomènes de réaction : le ventre devient dur et ballonné, sensible; la fièvre s'allume, le pouls est fréquent et assez fort. Tout sommeil a fui, l'agitation et les mouvements spasmodiques alternent avec des défaillances passagères. Le visage offre une altération particulière : il est comme gonflé, et la cyanose fait place à une teinte d'un rouge brun; la langue est rouge, sèche, la soif inextinguible, la gorge toujours douloureuse, la respiration difficile et embarrassée. » Tel est l'ensemble des symptômes, décrits par Tardieu. Du deuxième au cinquième jour, apparition d'éruptions diverses étudiées tout particulièrement par M. Imbert Goubeyre : taches pétéchiales, pustules, vésicules, papules, plaques d'urticaire, quelquefois véritable ictère. Au milieu de ces troubles si profonds, l'intelligence reste intacte; mais bientôt les phénomènes de réaction tombent, le pouls est petit, fréquent, les sens s'obscurcissent, les extrémités se glacent, les crampes sont continuelles, et la mort arrive dans un temps qui varie de deux à six ou dix jours.

Dans les cas favorables où l'empoisonnement tend à la guérison, après des vomissements et des évacuations toujours abondantes, les principaux symptômes s'améliorent et diminuent lentement : les crampes, le mal de tête, la fièvre, la

douleur épigastrique durent encore quelques jours; mais les sécrétions se rétablissent, la miction est possible, et la peau se couvre de sueurs; l'abattement persiste encore avec des bourdonnements d'oreilles et une tendance à la somnolence. La malade se rétablit peu à peu, en douze à quinze jours, un, deux ou trois mois. Dans les cas où l'empoisonnement a été grave, la guérison n'est jamais complète; il reste toujours une faiblesse persistante et des troubles dyspeptiques opiniâtres.

d. La *forme lente* de l'empoisonnement arsenical s'observe dans les cas d'administration de doses répétées et successives du poison. Les symptômes plus ou moins violents du début, souvent bornés à des vomissements, s'apaisent assez vite, pour reparaître au bout d'un temps plus ou moins long, par suite de l'ingestion de nouvelles doses de poison; les vomissements se reproduisent de nouveau, mais plus persistants que la première fois, avec sensation d'âcreté excessive et de chaleur brûlante dans la gorge et dans l'estomac. On peut observer ainsi pendant quelque temps des alternatives de convalescence apparente et de véritables rechutes : « Les vomissements sont fréquents, bilieux, provoqués par toute substance ingérée, accompagnés de coliques très violentes et de digestions difficiles. Le malade, fatigué de douleurs et de lassitude dans les membres, éprouve des vertiges; il est dans l'impossibilité de se tenir debout. Des saignements de nez, des hémorrhagies variées, des taches pétéchiales, des éruptions miliaires, se montrent par intervalles. — Parfois des syncopes ou des attaques convulsives attestent la profonde atteinte du système nerveux. L'altération progressive des traits, l'émaciation croissante, donnent l'apparence d'une vieillesse anticipée. Les douleurs des jointures s'étendent à la colonne vertébrale et se compliquent de contractures des doigts et des orteils ou de tremblement; la sensibilité de la peau est souvent surexcitée, surtout vers les extrémités, et troublée par des démangeaisons insupportables et par de brusques sensations de chaleur et de froid. Enfin les mouvements eux-mêmes se perdent et une paraplégie se déclare, soit des membres seulement, soit de toute la moitié inférieure du corps. »

(Tardieu.) Ces accidents peuvent durer des mois et des années, mais ils se terminent fatalement par la mort.

2° *Empoisonnement par l'arsenic appliqué à l'extérieur.* — L'empoisonnement peut résulter de l'application sur la peau ou une plaie d'eau ou de préparations arsenicales (poudres, pâtes, pommades) dans un but thérapeutique.

Dans le cas d'applications *répétées* et *continuées* d'une préparation *peu active*, au bout de quelques jours (six à sept) on observe les phénomènes suivants : irritation locale se traduisant par de la douleur, du gonflement et une rougeur érysipélateuse de la partie en contact avec la préparation arsenicale. — Bientôt phénomènes de réaction : fièvre, chaleur générale, soif vive, vertiges, cardialgie et faiblesse syncopale; — puis vomissements, sans évacuations alvines, difficulté d'uriner; — troubles nerveux (tremblement, délire, assoupissement); — quelquefois éruptions miliaires aux mains et aux pieds. — Ces accidents disparaissent en six à huit jours, si l'on cesse l'emploi de l'arsenic.

Dans le cas où la préparation est *très énergique*, au bout de dix à douze heures, surviennent des nausées et des vomissements violents, suivis d'évacuations liquides toujours sanguinolentes, de saignements de nez, de frissons, de fièvre avec sécheresse de la peau, ardeur à la gorge, soif inextinguible, suppression complète des urines; — en même temps, douleurs aiguës au point où est appliquée la préparation. — Au bout de quelques jours pendant lesquels la fièvre et les vomissements redoublent d'intensité : refroidissement des extrémités, exagération de la douleur épigastrique, tendance à l'assoupissement et aux défaillances, dyspnée de plus en plus marquée; — prostration extrême, avec troubles de la vue, ou bien au contraire agitation excessive; le pouls est plein, fort, bondissant; — douleurs vives et aiguës dans les membres; la peau se couvre de pétéchies, le corps se refroidit, et le malade meurt du deuxième au sixième ou huitième jour.

Lésions anatomiques. — Ces lésions ne sont, suivant Tardieu, ni constantes ni spécifiques; cependant elles n'ont d'analogie qu'avec un petit nombre d'autres affections,

de sorte qu'elles ont une importance réelle dans l'empoisonnement arsenical.

Un des principaux effets de l'arsenic, c'est de déterminer la momification du corps; cette momification se produit surtout dans les cas où l'arsenic a été administré à haute dose et n'a pas été tout à fait éliminé pendant la vie. — La formation de *moisissures* sur le cadavre, signalée par quelques auteurs comme particulière à l'empoisonnement par l'arsenic, n'a absolument rien de caractéristique, et s'observe *sans exception* sur tous les cadavres exhumés au bout de quelque temps (Casper).

Le cadavre est dans un état de conservation *caractéristique*. Rien, aucune lésion dans la bouche, l'arrière-gorge et l'œsophage; — peu de chose dans l'estomac; la muqueuse un peu ramollie a une coloration uniformément grisâtre; souvent elle est parsemée de petits grains blancs ou jaunâtres plus ou moins adhérents, qu'on avait considérés pendant longtemps comme constitués par de l'acide arsénieux (grains blancs) ou du sulfure d'arsenic (grains jaunes); suivant Tardieu, ils sont exclusivement formés d'albumine et de matière grasse; le plus ordinairement, on trouve dans l'estomac quatre à cinq plaques oblongues ou arrondies, d'un rouge violacé ou noirâtre et formées par une infiltration sanguine sous-muqueuse; — les follicules sont très développés et font saillie à la surface de la tunique interne; — rarement il existe une véritable inflammation de la muqueuse; — enfin, signe important au point de vue de la différence entre les poisons hyposthénisants et les poisons irritants et corrosifs, il n'y a jamais de rétrécissement consécutif à l'empoisonnement. — Sur le reste du tube digestif, quelques suffusions sanguines plus ou moins intenses, mais surtout une sorte d'éruption psorentérique due au développement des follicules isolés, très analogue à celle que l'on observe dans le choléra. — Le foie est augmenté de volume et parfois présente les caractères de la dégénérescence graisseuse aiguë (de Karajan). — Les poumons sont engoués ou parsemés à leur surface d'ecchymoses sous-pleurales larges et diffuses; — mêmes taches ecchymotiques sous l'endocarde et le péricarde. —

Le sang du cœur est fluide et couleur lie de vin; quelquefois on y trouve des caillots volumineux et décolorés; — la vessie est souvent rétractée. — Rien du côté des autres organes.

Ces lésions sont les mêmes que l'empoisonnement résulte de l'ingestion d'arsenic ou de l'application sur la peau de préparations arsenicales. Tardieu insiste enfin tout particulièrement sur le caractère essentiellement hémorrhagique des lésions propres à l'empoisonnement par l'arsenic.

Traitement. — Au début, favoriser l'expulsion du poison par des vomitifs et l'administration d'une grande quantité d'eau tiède ou d'eau albumineuse; puis le neutraliser autant que possible à l'aide de contre-poisons dont les principaux sont : le sesqui-oxyde de fer, le sesqui-sulfure de fer hydraté, l'hydrate de peroxyde de fer (Bunsen), enfin la *magnésie hydratée* et récemment précipitée (Bussy). — Quand le poison est absorbé, en aidera l'élimination par les reins et la peau; dans ce but, Orfila donnait le mélange suivant : eau, 3 litres; vin blanc, 1/2 litre; eau de Seltz, 1 litre; nitrate de potasse, 30 à 40 grammes. Relever les forces et ranimer la chaleur par des moyens appropriés.

Suivant Orfila, l'élimination complète de l'arsenic est de trente jours, de douze à quinze seulement d'après M. Chatin.

B. **Phosphore.** — Les cas d'empoisonnement par le phosphore, comme nous l'avons déjà dit, ont augmenté depuis une trentaine d'années dans des proportions considérables; les causes de cet accroissement sont : l'usage universellement répandu des allumettes faites avec *phosphore blanc*, et l'emploi des *pâtes phosphorées* pour détruire les animaux nuisibles. Autrefois, les empoisonnements avaient lieu surtout par le phosphore en bâton incorporé dans les aliments, ou par l'abus de préparations phosphorées destinées à combattre l'aphrodisie (pilules de Zadig, sirop ou éther phosphoré, etc.). Dans quelques cas, on a vu des accidents survenir chez des personnes qui avaient mangé des animaux domestiques (poules, porcs) empoisonnés accidentellement par des pâtes phosphorées.

Le phosphore est un toxique extrêmement énergique; il

suffit de quelques *décigrammes* pour tuer un adulte (Tardieu). On croyait autrefois que, pour devenir dangereux, il devait s'oxyder et passer à l'état d'acide phosphoreux et hypophosphoreux. Il est reconnu actuellement qu'il est vénéneux par lui-même, et n'agit dans l'économie qu'à l'état d'isolement et de pureté.

Symptômes. — Suivant Tardieu, l'empoisonnement par le phosphore peut affecter trois formes distinctes : une forme *commune*, une forme *nerveuse*, une forme *hémorrhagique*, qui peuvent se présenter isolément ou se succéder de manière à constituer trois périodes d'un même empoisonnement. Il n'est question ici que des accidents survenant à la suite de l'ingestion du phosphore en nature, et non de l'empoisonnement professionnel observé dans les fabriques d'allumettes.

a. *Forme commune.* — Quelque temps après l'ingestion de la substance phosphorée (mélange, pâte, breuvage), odeur et goût assez désagréable, que quelques individus ont comparé à l'odeur du soufre; — éructations alliacées, quelquefois phosphorescentes; pas de douleur immédiate dans la bouche, l'arrière-gorge et l'œsophage. Les symptômes de l'empoisonnement n'apparaissent qu'au bout de une à six heures, quelquefois beaucoup plus tard, douze heures, dix-huit heures, et se traduisent par l'ensemble des phénomènes suivants : d'abord douleur à la gorge, gonflement de la langue, quelquefois chaleur pénible, rarement sensation de brûlure à l'épigastre; — malaise, agitation, nausées sans vomissements; — puis au bout d'un temps plus ou moins long, vomissements muqueux ou bilieux, très rarement sanguinolents, mais répandant quelquefois des lueurs dans l'obscurité; ces vomissements, qui peuvent manquer complètement, produisent un certain soulagement; — souvent, après eux, coliques et diarrhée; — l'estomac et le ventre sont douloureux à la pression; — peu d'altération des traits; — pas de troubles intellectuels; — au bout de vingt-quatre à trente-six heures, amélioration apparente, qui peut durer deux, trois, quatre jours et plus : les vomissements cessent, le malade peut reprendre ses occupations; il ne reste que quelques douleurs vagues

dans les membres et dans les reins; le patient semble guéri, puis quelquefois il meurt subitement sans avoir présenté d'autres symptômes.

Le plus ordinairement, du deuxième au quatrième jour, apparition d'un ictère limité aux yeux ou généralisé, s'accompagnant de céphalalgie, d'insomnie et de ténesme vésical avec rétention d'urine; celle-ci est franchement ictérique, quelquefois albumineuse; — réapparition des vomissements avec une diarrhée douloureuse souvent involontaire; — puis tout d'un coup survient un délire aigu, suivi de coma et de mort dans l'espace de six à dix ou douze jours (Tardieu). Chez les enfants très jeunes, la mort est encore plus rapide, de quatre ou six heures à un ou deux jours; ils ont seulement quelques vomissements suivis de somnolance et meurent dans les convulsions.

b. *Forme nerveuse.* — Elle est caractérisée par la prédominance des accidents nerveux : dès le début, en même temps que le mal de gorge, la douleur épigastrique et les nausées sans vomissements, apparaissent des fourmillements, de l'engourdissement dans les membres, des crampes douloureuses, des troubles de la sensibilité et des syncopes répétées; — la prostration est extrême; — la voix est éteinte, la peau sèche; — pas de fièvre, mais grand affaiblissement et somnolence; — ictère avec plaques érythémateuses; — vers le cinquième ou sixième jour, quelquefois plus tard, délire brusque, agitation violente avec resserrement convulsif des mâchoires, soubresauts dans les membres, puis coma et mort dans le même espace de temps que pour la forme commune (du septième au douzième jour).

c. *Forme hémorrhagique.* — Cette forme, plus lente que les deux premières, est caractérisée par l'altération du sang avec tendance aux hémorrhagies. Le début est le même, mais les vomissements sont sanguinolents, souvent formés de sang pur, et suivis de selles sanglantes avec ténesme; — gonflement douloureux du foie; — affaiblissement des battements du cœur; — faiblesse générale très marquée; — au bout de plusieurs jours, amélioration apparente, pouvant durer trois semaines ou un mois, puis apparition d'hémor-

rhagies nombreuses, multiples, par toutes les voies (estomac, poumons, nez, oreilles, matrice, vessie); — pétéchies sur la surface cutanée; — en même temps, étouffements, cardialgie, engourdissement, indices de l'appauvrissement profond du sang; — ecchymoses sous-conjonctivales. — Ces hémorrhagies peuvent se répéter pendant un temps plus ou moins long, avec affaiblissement de plus en plus marqué, aboutissant à une cachexie profonde accompagnés d'accidents nerveux, et enfin mort fatale arrivant beaucoup plus lentement que dans les formes précédentes; ainsi, dans un cas, l'empoisonnement a duré plus de huit mois.

Dans aucune de ces formes, Tardieu n'a constaté l'excitation vénérienne qu'on avait signalée autrefois comme un des principaux symptômes de l'empoisonnement par le phosphore.

Lorsque le malade guérit, il conserve à la suite de l'empoisonnement une faiblesse persistante ou des paralysies partielles; M. Caussé d'Albi a observé une fois une paralysie incurable des deux mains.

Lésions anatomiques. — Elles varient suivant que l'empoisonnement a eu lieu avec le phosphore isolé ou en pâte ou par le mastic des allumettes.

Dans le premier cas, on trouve des lésions produites par le contact direct du phosphore sur la muqueuse de l'œsophage et du tube digestif, c'est-à-dire des ecchymoses, des plaques gangréneuses disséminées sur toute l'étendue du tube digestif, des ulcérations et quelquefois des perforations intestinales, en même temps qu'un ramollissement plus ou moins marqué des ganglions mésentériques.

Dans le cas d'empoisonnement par le mastic des allumettes, on peut ne trouver aucune lésion appréciable, ni dans le canal digestif, ni ailleurs; mais, le plus ordinairement, on observe : des traces d'hémorrhagies multiples dans les mésentères et le péritoine; — de la sérosité sanguinolente dans les cavités pleurales et péricardiques, avec des taches ecchymotiques diffuses sous les plèvres, le péricarde et même l'endocarde; — le cœur est mou, pâle, vide ou ne renferme que du sang fluide, poisseux, sans altération notable des globules; — des infiltrations san-

guines dans les viscères, les muscles et le tissu cellulaire; — la vessie présente des ecchymoses sous-muqueuses et contient de l'urine sanguinolente. — Le cadavre a une teinte subictérique; — quelquefois, on retrouve dans les premières voies des traces de la matière colorante des allumettes (Dionis); — la muqueuse intestinale présente parfois des lésions inflammatoires, mais le plus souvent hémorrhagiques, c'est-à-dire des ecchymoses disséminées depuis la région pylorique de l'estomac sur toute l'étendue de l'intestin; — jamais d'ulcérations ni de perforations. — Un autre ordre de lésions beaucoup plus importantes et caractéristiques de l'empoisonnement par le phosphore, c'est une *dégénérescence* graisseuse généralisée, portant principalement sur le foie, les reins, les glandules de l'estomac, du cœur et sur tous les muscles. Tardieu fait remarquer qu'on a beaucoup exagéré la valeur de cette lésion, et qu'on a voulu en faire le caractère presque exclusif de l'empoisonnement par le phosphore, tandis qu'on l'observe également dans les cas d'empoisonnement par l'ammoniaque, l'alcool, l'arsenic, l'antimoine, les cyanures et les sulfocyanures.

Le *foie* a augmenté de volume; sa surface est d'un jaune uniforme, parfois picté de rouge, avec saillie des lobules hépatiques; il est friable et ramolli et à la pression laisse suinter un liquide huileux; au microscope, on trouve les cellules hépatiques remplies de granulations graisseuses avec une hypertrophie plus ou moins avancée du tissu conjonctif.

Les *reins* sont hypertrophiés et ramollis, d'une coloration brun jaunâtre, avec altération des corpuscules de Malpighi et dégénérescence graisseuse de l'épithélium des tubes urinifères, des parois des vaisseaux et des glomérules.

Les *masses musculaires* sont infiltrées de granulations graisseuses; il en est de même des *glandes* de la muqueuse stomacale.

Traitement. — Autrefois, l'empoisonnement par le phosphore était considéré à peu près comme incurable; les contre-poisons qu'on administrait (émétique, magnésie, eau albumineuse, soufre, toniques, etc.) étaient généralement

impuissants. Il résulte des recherches de MM. Andant, Rommelaere (de Bruxelles) et de M. Personne que l'*essence de térébenthine* est l'antidote du phosphore. Suivant le Dr Andant, on doit procéder comme il suit : après avoir administré des vomitifs au début, on donne une potion émulsionnée contenant 4 grammes d'essence de térébenthine du commerce, et qui est prise de quart d'heure en quart d'heure. Il faut prescrire de l'*essence du commerce* et non de l'essence rectifiée. Enfin on continue l'usage du contre-poison pendant plusieurs jours.

Martin-Damourette a encore préconisé le *sulfate de cuivre*, qui se transforme en phosphure de cuivre. L'essence de térébenthine nous paraît préférable.

C. **Sels de cuivre.** — C'est un des empoisonnements les plus fréquents, en raison des nombreux usages des préparations de cuivre. Les sels qui se rencontrent le plus souvent comme agents d'empoisonnement sont : le *sulfate de cuivre* (vitriol bleu, couperose bleue); le *sous-carbonate* et le *sous-acétate de cuivre* (vert-de-gris); le *vert de Scheele* (arsénite de cuivre) et le *vert de Schweinfurth* (mélange d'arsénite et d'acétate de cuivre), dont les accidents se rattachent plutôt à l'empoisonnement arsenical. Enfin les ouvriers exposés par leur métier à vivre dans un milieu rempli de poussières de cuivre peuvent présenter des accidents d'empoisonnement lent (Chevallier, Corrigan, Falconer).

L'action toxique des sels de cuivre a donné lieu dans ces dernières années à de nombreuses controverses à la suite des expériences de M. Gallipe, qui pense qu'on a beaucoup exagéré les dangers de l'empoisonnement par le sulfate de cuivre en particulier. Il faut donc attendre de nouvelles expériences pour se prononcer sur la toxicité réelle de ces produits vénéneux.

Les *doses* nécessaires pour l'empoisonnement aigu sont en général assez considérables : pour le sulfate de cuivre, 60 centigrammes et au delà; — pour le vert-de-gris, 2 à 3 grammes.

Symptômes. — L'empoisonnement peut se présenter sous la *forme aiguë* ou la *forme lente*.

a. *Forme aiguë.* — Les premiers symptômes apparaissent très rapidement: au bout de quinze minutes environ, vomissements verdâtres, très abondants, avec coliques atroces, déjections alvines répétées, quelquefois glaireuses, rarement sanguinolentes, avec ténesme; — bouche pâteuse, dégoût profond, saveur cuivreuse persistante, provoquant une sputation continuelle; la langue reste humide; — pouls petit; — céphalalgie, abattement de plus en plus marqué, toujours des vomissements; — le lendemain ou le surlendemain, de l'ictère, urines rares ou nulles; — ventre dur, ballonné, sensible à la pression; — quelquefois contractions tétaniques dans la mâchoire ou dans la gorge; — crampes dans les muscles des membres; — sueurs froides, vertiges, syncopes, convulsions et enfin la mort, qui est souvent rapide et peut arriver en quelques heures (Delaporte, Portal).

Cependant la guérison est fréquente; dans ce cas, les symptômes vont en s'atténuant : les évacuations alvines abondantes laissent une soif ardente, de la gêne de la déglutition, des coliques, de la tension du ventre et du météorisme; pouls fort, plein et fréquent; au bout d'un certain temps, disparition de l'ictère, et le malade entre en convalescence en conservant une dyspepsie assez opiniâtre, une gastralgie rebelle, de la paralysie et des tremblements qui durent des mois et quelquefois des années. En douze, quinze ou vingt jours cependant, le danger est passé.

b. *Forme lente.* — Elle s'observe dans les cas d'absorption lente du cuivre à l'état de poussières. Au bout de *plusieurs mois* apparaissent les symptômes caractéristiques de cet empoisonnement : coliques habituelles, maux d'estomac, digestions difficiles, affaiblissement général; — douleurs dans les articulations; — toux, sueurs nocturnes sans lésions pulmonaires caractéristiques; — rétraction et ulcération des gencives, qui laissent les dents déchaussées, avec un liseré rouge pourpre au niveau de la gencive; — aspect cachectique de la physionomie, qui prend une teinte plombée; — altération profonde de la constitution; — enfin amaigrissement de plus en plus marqué, aboutissant au dernier degré du marasme, auquel succombe le sujet après un temps parfois très long.

Taylor admet enfin une troisième forme, due à l'application d'une solution cuivreuse sur la peau dénudée. Tardieu n'accepte pas cette troisième variété, qu'on pourrait rapprocher des empoisonnements externes.

Lésions anatomiques. — Elles ne sont pas constantes : généralement, distension énorme des intestins par des gaz ; — rougeur et inflammation de la muqueuse gastro-intestinale ; — quelquefois des ecchymoses disséminées dans le tissu cellulaire sous-muqueux, des ulcérations, des plaques gangrénées et même des perforations (Tardieu).

Les lésions prédominantes sont des lésions inflammatoires. Dans quelques cas rares, il est vrai, on ne trouve aucune trace d'irritation ou d'inflammation ; dans d'autres, l'intestin présente tantôt une teinte d'un bleu verdâtre résistant au lavage, tantôt de petites parcelles de vert de gris adhérant à la muqueuse.

Traitement. — On a conseillé : l'*eau albumineuse* administrée en grande quantité pour former avec les sels de cuivre un albuminate insoluble ; — le sucre, le miel, les sulfures alcalins (très efficaces) ; — la limaille de fer et de zinc qui précipitent les sels de cuivre ; — enfin le *lait*.

D. **Sels de mercure.** — Cet empoisonnement est relativement rare, surtout si on le compare à l'empoisonnement par l'arsenic, le phosphore ou les sels de cuivre. Les préparations mercurielles qui peuvent donner lieu à ce genre d'accidents sont : le *sublimé corrosif* (bichlorure de mercure), le *précipité rouge* (bioxyde de mercure), les *iodures*, le *cinabre* (sulfure de mercure), le *cyanure* et le *nitrate acide de mercure ;* le *mercure* lui-même à l'état de vapeurs : ces dernières déterminent l'empoisonnement professionnel (doreurs, étameurs de glace, chapeliers, etc.) ; — le *sublimé* et les *couleurs mercurielles :* le sublimé administré dans un but thérapeutique peut, par sa transformation en bichlorure dans l'économie, provoquer des accidents d'empoisonnement ; — le *précipité blanc* (ammonichloride de mercure) qui contient souvent 1/2 à 3 pour 100 de sublimé corrosif (Taylor, W. Pavy).

La *dose* nécessaire pour donner la mort est très faible, les préparations mercurielles étant très vénéneuses : ainsi le

sublimé corrosif peut tuer à la dose de 10 ou 15 à 40 ou 50 centigrammes, le plus souvent à doses plus considérables, de 2 à 15 ou 16 grammes. Ajoutons que certaines formules mal faites, l'association de substances incompatibles comme le calomel et les amandes amères, les chlorures alcalins et le proto-iodure de mercure, certains traitements mercuriels mal dirigés, peuvent donner lieu à des accidents plus ou moins graves.

Symptômes. — Ils varient suivant que le sel de mercure est pris à l'*intérieur* ou appliqué à l'*extérieur* sur la peau.

1° *Empoisonnement par les sels pris à l'intérieur.* — Les accidents apparaissent toujours très rapidement, quelquefois immédiatement, d'autres fois quelques minutes après l'ingestion du poison; ils peuvent affecter trois formes bien distinctes : la forme *suraiguë*, la forme *subaiguë* et la forme *lente*.

a. *Forme suraiguë.* — Les symptômes éclatent avec une violence qui rappelle les empoisonnements par les substances corrosives : saveur métallique dans la bouche, dont la muqueuse se tuméfie; — sensation de brûlure depuis la gorge jusqu'à l'estomac, où la douleur est atroce; vomissements bilieux ou visqueux, suivis d'évacuations alvines abondantes, répétées, avec tension du ventre et douleurs abdominales violentes; — face alternativement rouge et vultueuse, puis pâle et décolorée, exprimant la souffrance et l'abattement; — le corps est couvert de sueurs; — puis les selles augmentent et deviennent quelquefois sanguinolentes; — urines rares ou nulles; — pouls petit, faible, comme filiforme; — respiration anxieuse, peau froide et visqueuse; — haleine fétide d'une odeur toute spéciale; — salivation très abondante, quelquefois avec ébranlement des dents; — gonflement des lèvres, des joues, de la langue et de l'arrière-gorge, tuméfaction telle que le malade a peine à respirer; — quelquefois survient une période de réaction avec tendance à une légère amélioration; — le plus souvent, les symptômes vont en s'aggravant avec un redoublement de faiblesse, d'abattement et d'anxiété : le pouls devient de plus en plus petit, faible et rare; surviennent des syncopes fréquentes, laissant une difficulté de la parole qui contraste

avec la conservation de l'intelligence; enfin la mort arrive au bout de vingt-quatre à trente-six heures.

b. *Forme subaiguë.* — Les accidents sont souvent les mêmes que précédemment, mais leur violence est beaucoup moindre; dans d'autres cas, certains symptômes se modifient, ainsi la constriction de la gorge, au bout de un à deux jours, devient une sensation de douleur et de picotements qui provoquent des accès de toux convulsive avec expectoration d'une mousse sanguinolente; puis apparaissent les signes d'une inflammation intestinale plus ou moins violente (coliques, ténesme, évacuations muqueuses ou sanguinolentes très douloureuses et souvent très répétées); — la température, qui, au début, avait baissé de un degré, remonte à cette période d'inflammation (Ollivier); — urines rares, quelquefois nulles pendant cinq à six jours, contenant tantôt du sucre, tantôt de l'albumine (Bouchard, Saikowsky); — inflammation violente de la bouche, tuméfaction de la langue, des amygdales, des gencives qui sont gonflées, rouges, saignantes, recouvertes d'un enduit jaunâtre; fausses membranes dans le pharynx; engorgement ganglionnaire; déglutition douloureuse, avec accès de toux et de suffocation; salivation abondante, haleine d'une horrible fétidité. — Vers le cinquième ou sixième jour, rémission apparente caractérisée par la diminution des accidents inflammatoires; mais les malades restent pâles, faibles et dans une sorte de prostration générale, avec apparition, dans certains cas, de taches pétéchiales, d'hématémèses, et d'hématurie. — Puis le sujet tombe dans une sorte de cachexie aiguë avec palpitations, bruits morbides du cœur et des vaisseaux; l'affaiblissement s'accentue de plus en plus, et la mort arrive sans convulsions, sans agonie, au bout de huit, douze à quinze jours.

c. *Forme lente.* — Les symptômes observés sont les mêmes que dans l'empoisonnement professionnel par les vapeurs mercurielles, et se traduisent par l'ensemble des troubles suivants : d'abord gonflement des gencives, qui sont chaudes et douloureuses; — goût métallique très désagréable; — haleine fétide, enduit muqueux sur la langue; — puis propagation de l'inflammation à toute la cavité buccale, avec écou

lement très abondant d'une salive grisâtre et fétide ; — engorgement des ganglions sous-maxillaires; — ulcérations diphthéritiques sur la muqueuse buccale et les amygdales; — inappétence, diarrhée verdâtre, avec coliques et ténesme ; — peau chaude avec accélération du pouls, qui est mou et déprimé. — En même temps, pâleur livide de la face, bouffissure avec les signes d'une anémie des plus intenses. — Quelquefois éruptions cutanées (eczéma, roséole, érysipèle), chute des dents et des cheveux, nécrose des maxillaires.

Ces accidents, dans les cas favorables, peuvent disparaître au bout de quelques jours; d'autres fois la salivation persiste pendant des mois entiers.

Lorsque l'intoxication est extrêmement lente, comme dans les cas d'empoisonnement professionnel par les émanations mercurielles, les accidents ne se déclarent qu'au bout de plusieurs mois; mais, bien avant leur apparition, les individus pâlissent, deviennent bouffis, livides; leurs fonctions languissent; de temps en temps surviennent des accidents diarrhéiques, des hémorrhagies fréquentes par les gencives ou les narines; — l'intelligence baisse sensiblement; — puis la force musculaire diminue de plus en plus ; une sorte de frémissement, qui se transforme en véritable tremblement, envahit les membres supérieurs d'abord, ensuite les membres inférieurs; la marche devient de plus en plus difficile, et le tremblement se prononce tellement que tout travail devient impossible; dans certains cas très rares, paraissent des douleurs dans les membres, surtout la nuit. Au bout d'un temps plus ou moins long, le malade tombe dans un état cachectique, qui peut se terminer par la phthisie pulmonaire, quelquefois une dépression profonde de l'intelligence avec excitation maniaque et hallucinations; enfin, dans des cas plus rares encore, par des convulsions épileptiformes, suivies de paralysies partielles. Arrivé à ce degré, on peut craindre une terminaison fatale; la guérison n'est cependant pas impossible, en soustrayant d'abord le malade à l'action des vapeurs mercurielles et en le soumettant à un traitement approprié.

2° *Empoisonnement par les sels de mercure en applications externes.* — Ces accidents d'empoisonnement peuvent

se produire dans les cas d'application de préparations, ou de lotions mercurielles sur des plaies ou des cancers ulcérés, quelquefois à la suite de fumigations de liquides ou de vapeurs de mercure. Le premier effet est une irritation locale, caractérisée par le gonflement, la douleur, la rougeur et la ension des parties malades. Au bout de quatre à huit heures éclatent avec une extrême violence tous les accidents de l'empoisonnement suraigu (nausées, vomissements, diarrhée, oppression, syncope, salivation, prostration extrême). La mort, qui arrive en vingt-quatre heures, peut ne survenir qu'au bout de quelques jours précédée d'agitation, de délire et de mouvements convulsifs (Vidal).

Lésions anatomiques. — La muqueuse buccale est gonflée, ramollie, couverte d'un enduit pultacé très épais, d'une espèce de bouillie blanchâtre ; — la langue est tuméfiée, les papilles très développées ; — quelquefois l'œsophage lui-même présente des traces d'inflammation ; — l'estomac, revenu sur lui-même, est d'un rouge plus ou moins vif avec un piqueté plus foncé résultant d'ecchymoses sous-péritonéales ; — la muqueuse stomacale est quelquefois presque intacte, sauf un peu de ramollissement ; le plus souvent, elle est enflammée, rouge, ramollie par places, présentant quelques plaques gangréneuses et exceptionnellement des perforations (Taylor). — La muqueuse intestinale est également enflammée avec plus ou moins d'intensité, et la surface externe des intestins, les mésentères et les épiploons sont parsemés d'ecchymoses et de suffusions sanguines. — Du côté des reins, vive injection du tissu rénal, surtout au niveau des glomérules de Malpighi ; les cellules épithéliales ont subi, comme dans l'empoisonnement par le phosphore ou l'arsenic, la transformation granulo-graisseuse ; — quelquefois irritation assez intense du larynx et de la trachée ; avec congestion assez vive des poumons ; — sur le cœur, sous le péricarde, à la base des vaisseaux et sous l'endocarde, des taches ecchymotiques ponctuées ; — le sang est noir et très fluide.

Dans l'empoisonnement lent ou chronique, les reins sont souvent le siège d'une inflammation granuleuse et d'une dégénérescence analogue à celle du mal de Bright, lésion

due vraisemblablement à l'élimination du poison par les reins.

Suivant Swam, on trouverait aussi dans l'empoisonnement mercuriel la congestion et l'épaississement des ganglions et des rameaux du grand sympathique.

Dans l'empoisonnement externe, on constate les mêmes lésions que dans l'empoisonnement interne (traces d'inflammation, ulcérations, plaques gangréneuses, etc.).

Traitement. — On a préconisé : l'hydrogène sulfuré en solution ou des dissolutions faibles de sulfures alcalins, comme les *eaux sulfureuses* naturelles ou artificielles (Eaux-Bonnes, Eaux d'Enghien) ; — la limaille de fer ou fer porphyrisé (Backer), mais il faut qu'elle ne soit ni oxydée ni recouverte d'une matière grasse : on la délaye dans un peu d'eau gommeuse ou d'eau simple avant de la donner ; — l'*albumine*, qui est le véritable contre-poison du sublimé corrosif et de tous les sels de mercure, avec lesquels il forme des composés insolubles : on bat cinq à six blancs d'œufs avec deux verres d'eau environ, et on en donne un tiers, puis on fait vomir, et on recommence de même pour les deux autres tiers. Tardieu fait remarquer qu'il ne faut pas faire prendre trop d'eau albumineuse, parce que la combinaison de l'albumine et du bichlorure se dissout dans un excès d'albumine, et l'absorption du poison peut se faire encore. Suivant Orfila, on peut donner aussi bien le jaune d'œuf que le blanc. — On a conseillé encore le *gluten* (une poignée de farine délayée dans de l'eau) ; — enfin l'*eau pure* elle-même, tiède et en très grande abondance.

Le point le plus important, c'est d'intervenir le plus tôt possible.

E. **Sulfate de zinc** (vitriol blanc, couperose blanche). — Cet empoisonnement est extrêmement rare (Tardieu) ; il en existe seulement quelques exemples dans la science. Le sulfate de zinc, à petites doses, agit comme un émétique ou un éméto-cathartique ; — à doses élevées, il est vénéneux et peut provoquer des accidents graves et même la mort : ainsi, à la *dose* de 5 à 10 grammes et au-dessus, il peut tuer un adulte.

Symptômes. — Quant à son action sur l'économie, elle se

rapproche de celle du sulfate de cuivre ; et l'on doit ranger le sulfate de zinc dans les poisons hyposthénisants ; il provoque en effet, comme ceux-ci, des vomissements et des selles cholériformes, suivies d'un collapsus général, et peut tuer dans l'espace de trente-six à quarante-huit heures, sans aucun trouble des facultés intellectuelles. Un des symptômes caractéristiques de cet empoisonnement, dès son début, c'est le gout âcre, la saveur excessivement acerbe que laisse dans la bouche la solution de sulfate de zinc.

Lésions anatomiques. — Ces lésions sont absolument les mêmes que celles que déterminent les poisons hyposthénisants, comme l'arsenic et les sels de cuivre ou de mercure : suffusions sanguines sous-pleurales, taches ecchymotiques à la partie inférieure de l'œsophage, de l'estomac et l'intestin grêle, ramollissement de la muqueuse du tube digestif, congestion de la rate et fluidité du sang contenu dans les cavités droites du cœur.

F. **Émétique** (tartrate d'antimoine et de potasse). — Cet empoisonnement est rare et presque toujours accidentel ; on a cependant employé quelquefois l'émétique dans un but criminel.

1° *Empoisonnement par l'émétique pris à l'intérieur.*

Doses. — Il est difficile de préciser la *dose* à laquelle l'émétique peut déterminer la mort ; elle varie suivant l'âge et les individus : ainsi chez les enfants très jeunes, il suffit de 5 centigrammes et moins (Taylor, Tardieu). Chez l'adulte, dans un cas exceptionnel, 10 centigrammes ont provoqué des accidents mortels (Taylor, Laveran) ; le plus ordinairement, il faut 2 à 4 grammes ; enfin on a vu des individus guéris après avoir avalé 6 à 15 grammes d'émétique ; il faut donc tenir grand compte de l'idiosyncrasie.

Symptômes. — Ils peuvent affecter une marche *aiguë* ou *lente*.

a. *Forme aiguë.* — Quelques minutes, un quart d'heure, une demi-heure après l'ingestion de l'émétique, qui laisse une saveur métallique dans la bouche : vomissements abondants, répétés, incessants, suivis de selles diarrhéiques fréquentes ; — bientôt douleur vive à l'épigastre, défaillances, syncopes, agitation, vertiges, sorte d'ivresse apparente ; — chaleur

dans la gorge et déglutition difficile ; — ventre souple, quelquefois rétracté, d'autres fois ballonné, météorisé ; — les selles deviennent bientôt sanguinolentes, de même que les vomissements ; — urines rares ; — refroidissement des extrémités ; — agitation extrême ; — insomnie absolue ; — pouls d'ailleurs peu élevé, régulier et mou ; — vers le quatrième ou cinquième jour, apparition sur les membres et diverses parties du corps d'une éruption vésico-pustuleuse, comme celle que produit la pommade stibiée. — Les symptômes vont en s'aggravant, les vomissements disparaissent, mais survient un hoquet persistant ; « les selles sont involontaires, les urines se suppriment, le refroidissement devient général, le pouls filiforme, la cyanose envahit les extrémités, et la mort arrive dans un espace de temps qui varie entre deux et cinq ou six jours. » (Tardieu.) Chez les enfants, la marche des accidents est encore plus rapide, et la mort survient au bout de quelques heures seulement. — Quelquefois enfin, chez l'adulte, les vomissements font complètement défaut, le malade n'a que quelques selles diarrhéiques, tombe en quelques heures dans une prostration complète, une véritable sidération, et meurt rapidement après quelques mouvements convulsifs.

Dans les cas où la dose est peu élevée, l'abondance et la rapidité des vomissements préviennent les effets mortels du poison ; ces vomissements et les selles diarrhéiques cessent au bout de quelques heures ; les malades, d'abord très abattus, se relèvent peu à peu, la face devient rouge et animée, le pouls plein et fréquent, la peau se réchauffe ; il reste de la douleur à l'épigastre, de la céphalalgie et un sentiment de courbature générale ; tous ces accidents disparaissent et la guérison est complète en huit ou quinze jours.

b. *Forme lente.* — Lorsque l'émétique est administrée à petites doses, à intervalles plus ou moins éloignés, les symptômes de l'empoisonnement affectent une marche insidieuse, et il est souvent difficile de les reconnaitre. Suivant Mayerkofer, les principaux symptômes sont « des nausées très pénibles, des vomissements de matières muqueuses et bilieuses, un grand abattement, des évacuations diarrhéique alternant avec la constipation, un pouls petit, serré, fré-

quent, la pâleur de la face, la perte de la voix et de la force musculaire, le refroidissement de la peau, des sueurs visqueuses et la mort dans le plus complet épuisement. » Tardieu ajoute de l'ictère, des syncopes et des éruptions pustuleuses ; de temps en temps, des rémissions plus ou moins prolongées, suivies de rechutes d'autant plus fréquentes que le poison a été administré plus souvent. Le malade peut traîner ainsi pendant plusieurs mois, pour s'affaiblir de jour en jour et s'éteindre sans agonie ou après quelques convulsions.

2° *Empoisonnement par application de l'émétique à l'extérieur.* — En dehors des effets locaux et des éruptions que produit l'émétique appliqué sur le derme, il peut survenir des phénomènes généraux indiquant son absorption par l'économie, phénomènes souvent très graves et qui ont pu aller jusqu'à la mort : Tardieu cite un exemple d'empoisonnement de ce genre à la suite de l'application d'une pommade stibiée faite par le docteur Noir sur une plaie du sein.

Lésions anatomiques. — Quelquefois on ne trouve aucune lésion appréciable, comme dans l'affaire Pritchard (Félizet) ; mais il s'agissait ici d'un empoisonnement lent, dans lequel les doses du poison administré avaient été très faibles.

Dans les cas d'empoisonnement *aigu*, on trouve le plus ordinairement les lésions suivantes : rougeur de l'œsophage ; — signes d'inflammation violente de l'estomac et des intestins, dont la muqueuse est rouge, enflammée et parsemée de taches ecchymotiques d'un rouge brun plus ou moins foncé ; — enduit noirâtre, épais et visqueux, quelquefois sanguinolent, sur la face interne de l'estomac et de l'intestin grêle ; — quelquefois véritables pustules remplies de pus dans toute l'étendue des premières voies digestives, jusque dans le duodénum ; — commencement de dégénérescence graisseuse du foie, qui est plus ou moins volumineux (Blachez, Saïkowsky) ; — stéatose des autres organes ; — rate volumineuse et marbrée de taches noires ; — souvent congestion des poumons, quelquefois même de véritables infarctus apoplectiques ; — rougeur de la trachée et des bronches ; — rien au cœur, le plus souvent ; dans quelques cas cependant, dégénérescence graisseuse ; — sang ordinaire-

ment fluide ou peu coagulable; — enfin quelquefois infiltration séreuse et congestion des méninges.

Traitement. — L'antidote de l'émétique et des préparations antimoniales est le *tannin* et toutes les substances végétales dont il est le principe actif, comme le quinquina, la noix de galle, les feuilles de thé, de ronce, l'écorce de chêne, de grenadier, etc. Le tannin forme un tannate d'antimoine insoluble (Rabuteau).

G. **Sels de nitre** (nitrate de potasse, salpêtre). — Cet empoisonnement est assez fréquent et presque toujours accidentel, par suite de la confusion possible du nitrate de potasse avec le sel d'Epsom ou de Glauber; de plus, c'est un médicament très employé en thérapeutique. Suivant Orfila, il peut tuer à la *dose* de 8 à 12 grammes; on l'a administré, il est vrai, à des doses plus élevées; mais, au-dessus de 12 grammes, on voit survenir des accidents graves, quelquefois mortels (Tardieu).

Symptômes. — Le début est rapide, au bout de un quart d'heure, une demi-heure, on constate les symptômes suivants : angoisse plus ou moins marquée, sensation de froid général, suivie bientôt de nausées, de vomissements bilieux ou sanguinolents; puis évacuations alvines abondantes également mêlées de sang, avec affaiblissement extrême; — extrémités froides, syncopes, vertiges; — respiration difficile; — suppression des urines; — pouls de plus en plus faible; — voix éteinte, face livide; — enfin, après quelques convulsions, mort en deux à cinq heures, rarement deux ou trois jours.

Lésions anatomiques. — Rougeur vive et uniforme de toute la muqueuse de l'estomac, qui est parsemée en outre de petites taches noirâtres, quelquefois ramollies, et présente de petites érosions, rarement de véritables ulcérations; quelquefois, l'estomac est rempli de sang. Rien de particulier du côté des poumons et du cœur; sang absolument fluide et d'un rouge très vif; reins volumineux et présentant souvent les lésions de la néphrite albumineuse.

Traitement. — Faire vomir, puis administrer un purgatif huileux pour favoriser l'élimination du poison; enfin relever les forces avec l'alcool, qui agit en même temps comme diurétique (Lutaud).

H. **Sel d'oseille** (bioxalate de potasse). — Les accidents qu'il provoque se rapprochent plus de ceux du sel de nitre que de l'acide oxalique, avec lesquels on confond souvent l'empoisonnement par le sel d'oseille. C'est un poison manifestement hyposthénisant (Tardieu) ; on peut le prendre, en raison de son aspect, pour de la crème de tartre ; cette erreur a été souvent la cause d'empoisonnements accidentels. — Il est extrêmement vénéneux et peut tuer à la *dose* de 12 à 16 grammes.

Symptômes. — A peine ingéré, le sel d'oseille détermine une sensation douloureuse à l'estomac, de l'anxiété précordiale, des défaillances fréquentes, des nausées sans vomissements le plus ordinairement, quelquefois au contraire des vomissements fréquents et violents ; — le pouls est petit, faible, dépressible, la peau froide, et le malade éprouve des frissons presque continuels ; — la douleur de l'épigastre se propage dans un point correspondant de la région dorsale ; — bientôt surviennent des troubles de la vue, avec dilatation des pupilles, syncopes de plus en plus fréquentes ; — enfin un état comateux ou délirant, avec convulsions et mort en quelques heures.

Dans certains cas, le malade peut guérir, même après avoir pris une dose considérable (30 grammes) et avoir présenté les symptômes les plus graves (Taylor).

Lésions anatomiques. — La plus caractéristique est la coloration vermeille du sang toujours très fluide, et des tissus riches en vaisseaux ; dans l'estomac, quelquefois des traces d'inflammation, d'autres fois rien ; du côté des poumons, engorgement très marqué, enfin extravasations sanguines dans les différents viscères.

I. **Digitale** (*Digitalis purpurea*, fig. 20 et 21). **Digitaline.** — L'empoisonnement par la digitale n'est pas très rare, mais il est presque toujours accidentel et résulte de l'emploi intempestif de la plante en poudre, en infusion ou en préparation pharmaceutique. On l'a donnée quelquefois comme abortif. La digitaline, très utilisée depuis quelques années en thérapeutique, a occasionné également des accidents mortels.

Doses. — Les formes les plus actives sont : le *suc frais* de

la plante et la *décoction* ou l'*infusion* des feuilles; à la dose de 2 gr. 1/2, on a vu survenir des accidents mortels; — la

Fig. 20. — *Digitalis purpurea.*

Fig. 21. — Feuille de *digitalis purpurea* vue par la face dorsale.

poudre peut tuer un enfant de dix ans à la dose de 5 centigrammes, un adulte à la dose de 1, 2 et 3 grammes; —

il faut encore *moins d'extrait* ; — la *teinture* produit un empoisonnement des plus violents, mais non mortel, à la dose de 5 grammes (une cuillerée à café); à 25 grammes, les accidents sont mortels. — Quant à la *digitaline*, elle a occasionné la mort à la dose de 25, 40, 50 et 56 milligrammes.

Symptômes. — Bien que leur principe actif soit le même, ces deux substances déterminent des accidents offrant des différences importantes à connaître.

1° *Empoisonnement par la digitale.* — Si les doses administrées, faibles au début, ont été successivement croissantes, les accidents d'empoisonnement peuvent n'apparaître qu'au bout de six, dix, quinze jours et plus; lorsqu'au contraire la dose est très forte d'emblée (30, 40 grammes de teinture de digitale par exemple), les accidents éclatent rapidement au bout de une à trois heures, quelquefois une demi-heure seulement : après un malaise plus ou moins prolongé, vomissements violents et répétés avec nausées et vomituritions de matières liquides, glaireuses, verdâtres; — en même temps, chaleur de tête extrêmement vive, parfois insupportable, vertiges, éblouissements, troubles profonds de la vue, bourdonnements d'oreilles et sensation d'abattement général. — Les battements du cœur et du pouls sont forts et précipités, puis le cœur se ralentit et tombe à cinquante ou quarante pulsations par minute; — douleur au creux épigastrique; — face pâle avec des rougeurs et des bouffées de chaleur par instants; — les yeux sont injectés et saillants; les vomissements sont extrêmement fréquents et se renouvellent plus de cinquante fois dans les premières heures (Tardieu). — Les troubles de la vue sont caractéristiques : les yeux semblent sortir de la tête, les pupilles sont dilatées, l'iris ne se contracte pas et la couleur du feu paraît bleue (Tardieu). — Puis les vomissements cessent, mais il reste encore des nausées avec de la douleur au creux épigastrique. — La langue est tantôt sèche et contractée, tantôt recouverte d'un enduit blanchâtre et rouge à son extrémité et sur ses bords, tantôt enfin gonflée, avec une salivation abondante et une haleine fétide (Christison). — « La respiration est suspirieuse, profonde, inégale. L'impulsion du cœur est énergique, les bruits éclatants et sans

altération, le pouls ralenti, irrégulier, intermittent. Tantôt il y a de la diarrhée de même nature que les vomissements, tantôt les évacuations alvines sont supprimées, ainsi que les urines. L'abattement est quelquefois tel que l'on obtient difficilement une réponse, alors même que l'intelligence reste nette; mais souvent il survient un délire plus ou moins violent. Les yeux sont toujours fixes, les pupilles dilatées; du hoquet, des évacuations involontaires, quelques mouvements convulsifs surviennent, et la mort arrive dans un temps variable, parfois au bout du second ou du troisième jour, le plus ordinairement après cinq, huit ou dix jours. » (Tardieu.)

Dans certains cas où la digitale a été absorbée à petites doses et pendant longtemps, il y a accumulation du poison dans l'organisme, et les accidents éclatent tout d'un coup, sous forme de syncope ou de douleur frontale extrêmement vive avec obscurcissement presque complet de la vue; après la syncope surviennent des vomissements, de la diarrhée, des convulsions, du délire, un ralentissement considérable du pouls, une insensibilité générale, et la mort en quelques jours; dans quelques circonstances enfin, la mort a été subite (Elliotson).

Lorsque le malade doit guérir, au bout de deux, trois ou quatre jours, les vomissements cessent, le délire disparaît, la sécrétion urinaire se rétablit, la respiration, le cœur et le pouls reprennent leurs caractères normaux. Mais il reste pendant un temps plus ou moins long des douleurs d'estomac, de la céphalalgie, des vertiges, une grande faiblesse, surtout des troubles persistants de la vue, enfin des bruits de souffle chloro-anémiques à la base du cœur et dans les gros vaisseaux.

2° *Empoisonnement par la digitaline.* — Voici le tableau symptomatique de cet empoisonnement tracé par Tardieu :

« Une heure ou deux après l'ingestion d'une quantité de digitaline qui dépasse les doses médicamenteuses, les effets du poison se font sentir par un malaise considérable, des vertiges, des bouffées de chaleur qui montent à la tête, des nausées, de la céphalalgie, quelquefois des frissons, des sueurs froides, des alternatives de chaud et de froid, et

des troubles de la vue. Puis une anxiété précordiale, une douleur épigastrique surviennent, et bientôt des vomissements éclatent, précédés d'efforts considérables et extrêmement pénibles. Ils sont toujours très violents et répétés, accompagnés ou suivis de selles liquides. Les moindres mouvements les ramènent en même temps que des vertiges et des étourdissements. La respiration est oppressée. Le pouls, d'abord fort et fréquent, diminue et s'abaisse en quelques heures de 20 ou 30 pulsations; il reste parfois plein, vibrant, irrégulier. Les malades tombent très vite dans un anéantissement extrême et sont dans l'impossibilité de remuer ou d'émettre un son; les yeux leur semblent plus gros et prêts à s'échapper de l'orbite, et l'on constate en réalité une double exophthalmie très apparente, avec dilatation de la pupille; il y a dans les membres des contractions spasmodiques. La peau est froide, le pouls s'affaiblit et devient petit, faible, intermittent, par moments presque impossible à sentir. La douleur de tête persiste. Les urines sont supprimées. Des crampes, des douleurs aiguës dans les membres ou le long du rachis, arrachent des cris aux malades. Ils sont souvent tourmentés par des hallucinations.

« Cet état persiste pendant deux ou trois jours; les vomissements s'éloignent, la langue est chargée, rouge à la pointe, l'estomac douloureux, le ventre rétracté; la céphalalgie est toujours très violente. Les nuits sont agitées, l'insomnie complète. Mais peu à peu ces symptômes vont en s'atténuant, le pouls se relève, mais il reste encore intermittent et ne revient que lentement à son chiffre et à son rhythme ordinaire; la voix reparaît, la sécrétion urinaire longtemps suspendue se rétablit, l'urine est rouge et fétide. La couleur et la chaleur de la peau redeviennent normales; ce retour de toutes les fonctions se confirme, et la guérison est obtenue dans un espace de temps qui varie de dix jours à trois semaines. Mais, à la suite, on voit les individus conserver une grande faiblesse, un bruit de souffle au premier temps du cœur et un certain degré d'exophthalmie. »

Dans un cas qui s'était terminé par la mort, M. Blachez

observé des symptômes qu'il compare à ceux que présente un malade succombant à une hémorrhagie interne, brusque et abondante. Cette comparaison, suivant Tardieu, est parfaitement juste et exprime bien le fait dominant de cette forme d'empoisonnement : celui d'un affaiblissement de l'organe central de la circulation. La mort arriva vingt-huit heures après l'ingestion du poison.

Lésions anatomiques. — Pas de lésions caractéristiques, souvent même on ne trouve rien, les organes paraissent absolument sains. Quelquefois rougeurs en plaques violacées, à la face interne de l'estomac; un peu de sérosité dans le péricarde; un certain état congestif des méninges. — Tardieu a constaté une fois un peu de congestion et quelques suffusions sanguines sur toute l'étendue du tube digestif, mais pas d'inflammation véritable, pas d'ulcération; le sang est mal coagulé et remplit inégalement les cavités du cœur. En résumé les lésions anatomiques sont absolument négatives.

Traitement. — Contre l'empoisonnement par la digitale on a conseillé : comme antagonistes, l'opium et les stimulants diffusibles; comme contre-poison chimique, le tannin.

Troisième classe. — Poisons stupéfiants.

Ces poisons, désignés autrefois sous le nom de *narcotico-âcres*, ont une *action directe* et toute *spéciale* sur le *système nerveux*, dont ils dépriment l'activité; c'est là leur caractéristique; quelques-uns déterminent en outre une irritation locale dont l'intensité n'est nullement comparable à celle des poisons irritants proprement dits.

Les substances qui rentrent dans cette classe sont : les *préparations plombiques*, la *belladone*, l'*atropine* et les autres solanées vireuses (*jusquiame*, *datura*, *morelle*, *tabac*, *nicotine*, etc.), la *ciguë* et la *conicine*, l'*aconit* et l'*aconitine*, les *champignons*, le *curare*, le *chloroforme* et l'*alcool*.

A. **Préparations de plomb.** — Le plomb et ses nombreuses préparations donnent lieu à des empoisonnements fréquents, plutôt accidentels que criminels.

Les différents états sous lesquels le plomb peut être introduit dans l'économie sont : l'*acétate de plomb* (sucre de Saturne, extrait de Saturne ou eau blanche), le *plomb métallique* et ses composés, comme le protoxyde de plomb anhydre (*litharge*, *massicot*), le sesquioxyde de plomb (*minium*), le carbonate de plomb (*blanc de céruse*), blanc de plomb, blanc d'argent, employés dans les arts et l'industrie (métallurgie, fabrique de céruse et de minium, plombiers, broyeurs de couleurs, émailleurs, poterie de terre, peintres, restaurateurs de tableaux, fondeurs, étameurs, imprimeurs, polisseurs de glaces, etc.) ou dans les usages domestiques (réservoirs et tuyaux de plomb, ustensiles et vases enduits de vernis plombiques, falsifications des substances alimentaires à l'aide de la litharge ou de l'acétate de plomb, cosmétiques destinés à noircir les cheveux et la barbe, etc.).

Doses. — Quant aux doses nécessaires pour donner la mort, elles sont assez variables, et généralement assez considérables : ainsi, pour l'acétate de plomb, il faut 25, 30 à 60 grammes.

Symptômes. — L'empoisonnement peut affecter une forme *aiguë* ou une forme *lente*.

1° *Forme aiguë.* — L'apparition des symptômes est d'autant plus rapide que la dose est plus élevée : au moment de l'ingestion, sensation immédiate d'une saveur douceâtre, sucrée, persistante ; — bientôt nausées avec ou sans vomissements ; — puis douleurs abdominales très aiguës, avec constipation ou diarrhée ; — engourdissement des membres inférieurs ; — abattement général ; — visage pâle, lèvres livides, quelquefois liseré bleuâtre sur le bord des gencives, qui sont noires ainsi que les dents ; — haleine fétide ; — voix éteinte, hoquets pénibles, syncopes et convulsions terribles suivies d'une stupeur comateuse qui peut durer deux ou trois jours et se termine par la mort.

Dans les cas de guérison, après la période d'abattement et des phénomènes nerveux survient une fièvre violente, avec une douleur intense et persistante au creux de l'estomac, amendement progressif mais très lent de tous les symptômes, et le malade se rétablit, mais conserve pendant

longtemps une grande faiblesse, une sorte d'hébétude et une dyspnée opiniâtre.

2° *Forme lente* (intoxication saturnine). — Cette forme est la plus fréquente et s'observe journellement chez les ouvriers des fabriques de blanc de céruse, qui sont exposés aux émanations saturnines ou sont en contact permanent avec les préparations plombiques. Les accidents peuvent paraitre au bout de plusieurs semaines ou de plusieurs mois et se présentent dans l'ordre suivant : d'abord pâleur et amaigrissement rapide; les chairs sont flasques, la peau, surtout à la face, prend une teinte d'un jaune spécial, subictérique; — diminution des forces; — saveur styptique ou sucrée, haleine d'une fétidité particulière; — gencives saignantes, rugueuses, dents déchaussées; un peu de ptyalisme; liseré caractéristique d'un gris bleuâtre à la sertissure des gencives (liseré de Burton); quelquefois ce liseré manque et est remplacé par une coloration ardoisée de la face interne des lèvres, disposée sous la forme d'un pointillé très fin (Charcot, Gombault, Gréhant). — Ces phénomènes durent un temps plus ou moins long; puis apparaissent les symptômes de l'empoisonnement proprement dit, caractérisé tantôt par des douleurs névralgiques dans les membres ou des accidents cérébraux (convulsions épileptiformes, affaissement comateux ou délire); tantôt, mais plus rarement, par de l'amaurose ou des vertiges; le plus ordinairement par des coliques caractéristiques (*coliques de plomb des peintres*), précédées pendant quelques jours de malaise, d'inappétence et d'une constipation opiniâtre. Ces coliques atroces, compliquées de vomissements, s'accompagnent très souvent de douleurs dans les articulations (arthralgie saturnine), dans les membres inférieurs et dans les parois thoraciques.

Ces coliques durent cinq à six jours, quelquefois plus, pour cesser complètement et reparaitre à des époques plus ou moins rapprochées, tant que l'individu reste soumis à la même influence. Dans le cours de ces attaques surviennent des accidents nerveux plus graves (*encéphalopathie saturnine*), quelquefois débutant brusquement ou précédés de céphalalgie, de vertiges, de somnolence, d'hébétude, de

tristesse vague, d'engourdissements et de fourmillements dans les membres. — Ces troubles nerveux « consistent le plus souvent en convulsions épileptiformes, avec perte de connaissance, parfois irrégulières, durant de quatre à dix minutes, laissant l'intelligence obtuse, fréquemment suivies et plus rarement précédées de délire tantôt calme, tantôt furieux ou au contraire d'un véritable coma. Après des altérations variables, ces troubles nerveux, qui se prolongent au plus pendant un ou deux septenaires, peuvent se dissiper; mais quelquefois ils sont assez violents pour amener rapidement une terminaison funeste, soit par asphyxie, soit par une sorte d'apoplexie parfois subite. » (Tardieu.) — Dans certains cas, fréquents du reste, soit après de simples coliques, soit après des accidents nerveux, on voit survenir des paralysies partielles, presque toujours limitées aux extenseurs des poignets et des doigts (*paralysie saturnine*), seules ou compliquées de l'abolition complète ou incomplète de la sensibilité (Charcot, Gombault). Suivant M. A. Manouvriez, cette altération de la sensibilité caractéristique de l'intoxication saturnine consiste en une analgésie presque toujours absolue à la piqûre et à la brûlure, le plus ordinairement limitée à la moitié droite du corps, mais pouvant s'étendre à tout le corps; on constate en même temps une légère anesthésie du côté droit; la sensibilité à la température ou au chatouillement présente peu ou point de modification; quelquefois enfin on observe en même temps une amaurose des deux yeux, passagère ou persistante.

L'ensemble de ces accidents peut durer pendant des années, pour aboutir à la cachexie saturnine, à laquelle les malades succombent fatalement d'une manière lente ou tout d'un coup, à la suite d'accidents cérébraux.

Lésions anatomiques. — Dans l'empoisonnement *aigu*, les lésions anatomiques sont le plus souvent nulles; quelquefois, mais rarement, on constate une inflammation légère et superficielle de l'estomac. Suivant Orfila, l'acétate de plomb laisserait à la face interne de la muqueuse stomacale des traînées de points blancs ou une substance blanche plus ou moins adhérente.

Dans l'empoisonnement *lent*, les lésions font également défaut, dans le plus grand nombre des cas; quelquefois cependant, à la suite de coliques répétées et violentes, on trouve un rétrécissement apparent du tube digestif (Tardieu). D'autres fois, dans les cas d'accidents cérébraux intenses et prolongés, on constate une certaine augmentation de volume et de densité de la masse cérébrale, dont les circonvolutions aplaties ont une coloration jaune presque uniforme (Tardieu). Enfin les reins sont souvent le siège d'une dégénérescence graisseuse, cause de l'albuminurie qui survient souvent à la période ultime de la maladie (Aug. Ollivier).

Traitement. — Parmi les antidotes chimiques, on a conseillé l'acide sulfhydrique, les sulfures solubles, les sulfates alcalins, particulièrement le *sulfate de magnésie*, le *sulfate de soude*. Bouchardat préconise le *persulfure de fer hydraté*, Mitscherlich l'*eau albumineuse* prise en très grande quantité.

B. **Belladone** (fig. 22) **et Atropine.** — L'empoisonnement

Fg. 22. — Belladone (*Atropa Belladona*).

par ces deux substances est le type de l'empoisonnement par les stupéfiants, et par les solanées vireuses (jusquiame,

morelle, datura, tabac, etc.). Il est presque toujours accidentel, et les accidents peuvent survenir soit à la suite de l'ingestion de la belladone à l'intérieur, soit par des applications de cette même substance ou d'autres solanées à l'extérieur (Giscaro).

Symptômes. — Les effets de l'empoisonnement par la belladone, très rapides et presque immédiats, consistent en une sécheresse particulière de la bouche et de l'arrière-gorge, avec accélération des battements du cœur, vertiges et nausées, rarement des vomissements; — il y a une dilatation énorme des pupilles, accompagnée de troubles de la vue, qui s'obscurcit et se perd complètement ; — quelquefois au début, des syncopes, mais toujours des vertiges : les individus chancellent comme s'ils étaient ivres; — pouls petit, concentré, fréquent, ou bien plein, dur, vibrant; — face turgide, regard fixe, hébété, hagard; les yeux sont injectés de sang; — la peau chaude, devient le siège de démangeaisons vives, d'éruptions érythémateuses, comme scarlatiniformes; — les urines, rares, sont quelquefois complètement supprimées. — Chez les enfants, convulsions avec contractions spasmodiques des mâchoires. — Chez les adultes, délire spécial, gai, turbulent, érotique, avec des hallucinations, quelquefois des accès d'agitation furieuse suivis d'un état de stupeur, d'un véritable coma, puis des convulsions qui se terminent par la mort, au bout de un à deux ou trois jours, quelquefois même en quelques heures.

Dans les cas favorables, les premiers accidents se calment peu à peu, survient une réaction fébrile avec des sueurs abondantes, et la guérison arrive dans l'espace de quatre à six ou huit jours.

L'*atropine* donne lieu aux mêmes troubles que la belladone, mais leur marche est plus rapide et la mort plus prompte.

Lésions anatomiques. — Elles ne sont ni constantes ni caractéristiques : on trouve une congestion plus ou moins vive des poumons, des méninges, du cerveau, du foie et de la rétine; la congestion de la rétine, suivant Lémattre, s'observe surtout dans l'empoisonnement lent et répété; — souvent des hémorrhagies, des foyers d'apoplexie

capillaire dans la substance du cerveau, du cervelet et de la moelle allongée (Rosenberger). — Brown-Séquard a signalé aussi une congestion considérable de la moelle épinière. — Quelquefois, suivant Taylor, la muqueuse de l'estomac et de l'intestin est pâle et parsemée de quelques taches rouges, qu'on peut retrouver aussi dans l'œsophage et dans la bouche.

On trouve ces mêmes lésions dans l'empoisonnement par l'atropine.

Traitement. — Au début, des vomitifs, puis une infusion de *café*, de *tannin* et des purgatifs. — Autrefois, on donnait de l'opium en raison d'une sorte d'antagonisme supposé entre l'opium et la belladone ou les autres solanées vireuses. — Cet antagonisme n'est rien moins que démontré. On peut encore donner l'alcool comme diurétique et éliminateur. Enfin on a conseillé le sulfate d'ésérine comme antagoniste de l'atropine; cet antagonisme n'est pas suffisamment démontré pour qu'on recoure à cet agent thérapeutique.

C. **Jusquiame** (fig. 23 et 24) **et Datura. Hyoscyamine et**

Fig. 23. — *Hyoscyamus niger.*

Fig. 24. — Fruit de la jusquiame

Daturine. — L'empoisonnement par la jusquiame et le datura stramonium n'est pas très rare en France, il est pres-

que toujours accidentel, surtout chez les enfants. Suivant le Dr Brown (de Lahore), il est commun aux Indes et souvent suivi de mort.

Symptômes. — Suivant MM. Oulmont et Laurent, l'*hyoscyamine*, injectée dans le tissu cellulaire d'un adulte à la dose de 1 à 3 milligrammes, détermine les symptômes suivants : au bout de quelques minutes, dilatation des pupilles; l'iris disparait après vingt ou vingt-cinq minutes; — en même temps, sécheresse de la gorge et des gencives, se traduisant par des mouvements involontaires de déglutition et un mâchonnement continuel; — soif vive accompagnée de dysphagie; — légère accélération du pouls et de la respiration, faible augmentation de la température; — lourdeur de tête; légère excitation avec tendance au mouvement; les jambes vacillent, fléchissent, le sujet est comme ivre; — au bout d'une heure, envie de dormir, lassitude extrême; — quelquefois, à cette période d'excitation succède un sommeil profond; — d'autres fois, rêves érotiques insolites suivis de pollutions. — Le lendemain, il ne reste qu'un peu de dilatation des pupilles et une sensation de sécheresse à la gorge.

Avec une dose plus élevée : état tout à fait comparable à l'ivresse, troubles de la vue plus accentués, iris complètement effacé; à la lumière, les objets paraissent doubles, frangés sur les bords, entourés d'images colorées; dans la demi-obscurité, ces phénomènes disparaissent; enfin souvent les malades ont de véritables hallucinations de la vue.

La *jusquiame* provoque à peu près les mêmes symptômes, et spécialement un état d'ivresse analogue à celui de l'ivresse alcoolique (Choquet, Plenck); quelquefois, avec des doses élevées, éclate un délire furieux, fréquent surtout dans l'empoisonnement par le datura. Dans certains cas surviennent des éruptions cutanées comme l'urticaire, l'érythème simple ou des furoncles, signalés par les auteurs et que MM. Oulmont et Laurent n'ont jamais rencontrés.

Le *datura stramonium* (fig. 25 et 26) produit des phénomènes analogues à ceux de la belladone et de la jusquiame, mais présente de plus cette particularité importante : que les battements du cœur peuvent devenir intermittents, se

suspendre et amener une syncope mortelle. Ce fait intéressant a été observé aussi bien chez l'homme que sur les animaux (John Short, Oulmont et Laurent). Ces derniers, dans leurs expériences sur la *daturine*, qui offre une grande analogie de symptômes avec l'hyoscyamine et le datura, insistent sur les phénomènes nerveux : l'agitation est beaucoup

Fig. 25. — *Datura stramonium.* Fig. 26.—Fruit du *Datura stramonium.*

plus grande dès le début; souvent à la fin apparaissent les mouvements convulsifs; enfin on constate toujours un affaiblissement très marqué du train postérieur de l'animal, dont les mouvements deviennent incoordonnés. Quand les doses sont considérables, cet affaiblissement s'étend aux membres antérieurs et l'animal meurt dans le coma.

Lésions anatomiques. — Elles sont les mêmes que dans l'empoisonnement par la belladone.

D. **Morelle.** — L'empoisonnement par la *morelle* est presque toujours accidentel et s'observe principalement chez les enfants. On administre quelquefois cette plante

pour obtenir des effets abortifs. Les symptômes se rapprochent beaucoup de l'empoisonnement par les autres solanées vireuses et ne présentent rien de particulier.

E. **Tabac** (fig. 27 et 28) **et nicotine**. — Les empoisonnements par le tabac ne sont pas rares, par suite de l'usage exagéré, tant interne qu'externe, des feuilles de cette plante. C'est un poison très violent, dont le principe actif est la

Fig. 27. — *Nicotiana Rustica*.

Fig. 28. — *Nicotiana tabacum*.

nicotine, signalé par Vauquelin, mais bien connu seulement depuis les travaux de Barral, Schlœsing et Stas.

Les conditions dans lesquelles le tabac peut déterminer des accidents plus ou moins graves sont : l'abus excessif du tabac (pipe, cigares, cigarettes), qui peut produire un véritable empoisonnement; — l'emploi thérapeutique du tabac, des lavements de décoction de feuilles sèches à la dose de 30, 40 ou 60 grammes chez un adulte peuvent déterminer des accidents mortels; — l'application externe de cette substance soit à l'état de feuilles (Gallavardin, Namias) sur la peau même, soit à l'état de jus sur des parties dénudées, sur des plaies ou des ulcères.

Symptômes. — Il existe au point de vue symptomatique

des différences marquées entre les effets du tabac en nature et ceux de son alcaloïde pris isolément.

1° *Empoisonnement par le tabac.* — Administré à l'état de décoction concentrée de feuilles ou de poudre, par la bouche ou par le rectum, le tabac détermine les effets suivants : au bout de quelques minutes, deux à sept environ, vertiges, douleurs abdominales très aiguës, nausées, vomissements très pénibles; — pâleur extrême, sorte de stupeur interrompue par moments par des cris et des convulsions générales ou partielles; — la respiration devient stertoreuse, s'embarrasse, et la mort arrive en un quart d'heure, vingt minutes, quelquefois plus tôt.

Dans les cas favorables, les premiers phénomènes persistent plus ou moins longtemps sans aggravation; puis la céphalalgie, les nausées, la pâleur, le refroidissement, le ralentissement du pouls et la prostration générale disparaissent peu à peu, et le malade guérit en quelques jours.

2° *Empoisonnement par la nicotine.* — C'est un poison d'une violence extrême, quelques gouttes de nicotine pure déposées sur la muqueuse buccale déterminent la mort instantanée (Tardieu).

Lésions anatomiques. — Elles peuvent seules donner quelques indications dans l'empoisonnement par la *nicotine;* la peau du pourtour de la bouche est quelquefois brûlée; les lèvres sont blanches, racornies, couvertes de croûtes; la langue est d'un blanc grisâtre ou volumineuse et dépouillée. On peut trouver les mêmes lésions sur la muqueuse de la bouche, du pharynx et de l'œsophage. Rien du côté de l'estomac quand le liquide a été absorbé en trop petite quantité pour arriver jusqu'à cet organe; — dans le cas contraire, la muqueuse stomacale est rouge, injectée, parsemée de plaques noirâtres sans ulcérations. Enfin tous les tissus exhalent une odeur rappelant celle du tabac.

Dans l'empoisonnement par la plante en nature, pas de lésions appréciables, tous les tissus sont remarquablement pâles; quelques suffusions sanguines, quelques ecchymoses dans tous les organes, surtout dans le tube digestif. Le sang est noir et fluide. En somme, rien de particulier.

F. **Ciguë** (fig. 29) **et conicine ou cicutine.** — L'empoi-

sonnement par la ciguë est presque toujours accidentel, et résulte de l'abus de préparations médicamenteuses de ciguë (extrait) ou d'erreurs dans lesquelles on a pris la ciguë pour du persil. Les exemples d'empoisonnement par cette plante sont du reste assez rares.

Les espèces les plus communes sont la *ciguë officinale*,

Fig. 29. — Fruit de grande ciguë.

ou *grande ciguë* (*Conium maculatum*), la *ciguë vireuse* (*Cicuta virosa*) et la *ciguë des jardins*, *petite ciguë*, *faux persil*, *ache des chiens* (*Æthusa cynapium*).

Symptômes. — Quelle que soit l'espèce prise à l'intérieur, les symptômes sont à peu près les mêmes, et surviennent généralement une heure après l'ingestion de la préparation : d'abord des éblouissements, des vertiges, de l'obnubilation, et une céphalalgie très intense ; — le sujet titube comme s'il était ivre ; — quelquefois anxiété précordiale, violente cardialgie ; — sécheresse de la gorge, soif très vive avec difficulté parfois très grande de la déglutition ; — vomituritions ; — face pâle, physionomie profondément altérée ; — l'intelligence reste nette ; — les malades entendent, mais ne peuvent parler ; — le regard est fixe, les pupilles dilatées, la vue trouble, parfois abolie. — Puis surviennent des mouvements spasmodiques, des contractions tétaniques

dans les membres, alternant avec des lypothymies, des défaillances se répétant par intervalles ; — bientôt le malade tombe dans un état de stupeur, avec une respiration stertoreuse; — le corps se refroidit, la tête se tuméfie, les yeux sont saillants, la peau est livide; — quelquefois éclate un délire furieux, des convulsions épileptiformes et le malade meurt rapidement, en trois, quatre ou six heures.

On ne connaît pas d'exemple d'empoisonnement par la *conicine;* on sait seulement par les expériences sur les animaux que c'est un poison d'une énergie extrême, presque comparable à la nicotine (Orfila, Christison).

Lésions anatomiques. — Elles sont remarquables : d'abord putréfaction rapide, hâtive des cadavres, dont la peau est parsemée de plaques livides, quelquefois de pétéchies, d'extravasations sanguines, qu'on retrouve également à l'intérieur; — congestions passives dans presque tous les organes (méninges, cerveau, poumons, rate) ; — sang noir, fluide, peu ou point de sang dans les cavités du cœur; — suffusions sanguines à la surface de cet organe, des poumons et des intestins; — quelquefois on retrouve dans l'estomac des débris reconnaissables de feuilles ou de tiges de ciguë. — Enfin, dans quelques cas, des ecchymoses, quelques taches gangréneuses à la surface de la muqueuse gastro-intestinale.

Traitement (ciguë et cicutine). — Après les vomitifs ordinairement prescrits dans tous les empoisonnements, on peut donner du tannin, de l'eau iodée ou une solution d'iodure de potassium iodurée. Suivant Rabuteau, cette solution iodée donne un précipité insoluble dans l'eau.

G. **Aconit et aconitine.** — L'empoisonnement par l'*aconit* (*Aconitum napellus*, fig. 30) est le plus souvent, comme pour la ciguë, le résultat d'une méprise; on confond la racine d'aconit avec la racine de raifort. La teinture d'aconit, l'extrait ou la décoction de feuilles de la plante, pris par erreur en trop grande quantité, peuvent également produire des accidents mortels.

Son principe actif, l'*aconitine*, est un poison extrêmement actif, comparable à la nicotine et à la cicutine. Suivant Taylor, il peut tuer un adulte à la dose de un dixième de grain ou 5 milligrammes. La teinture d'aconit est également très

active : quatre-vingts gouttes prises en dix doses, dans l'espace de quatre jours, ont tué le docteur Male (de Birmingham).

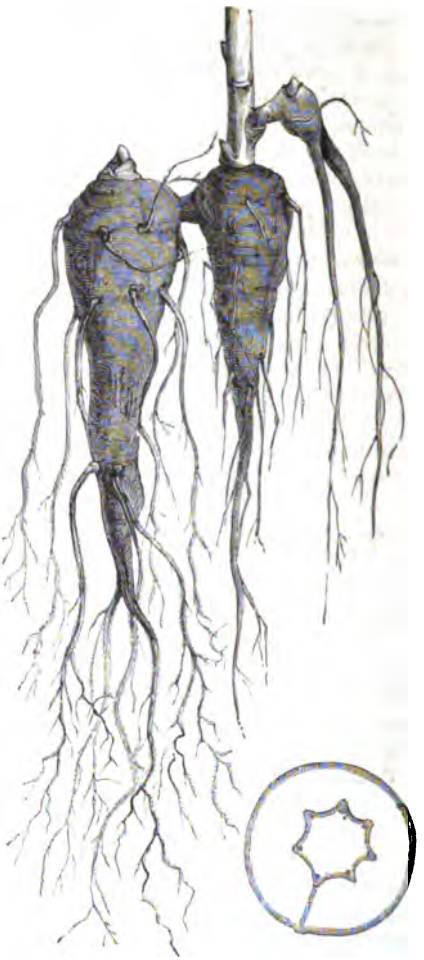

Fig. 30. — Racine d'Aconit Napel (vieille).

Symptômes. — Les effets de l'aconit sont extrêmement

rapides : quelques minutes après l'ingestion dans les cas graves, une heure ou une heure et demie après dans les cas moins graves, apparition de tremblements avec lipothymie, vomissements et sensations de fourmillement dans les extrémités d'abord, puis rapidement dans tout le reste du corps, en s'étendant de bas en haut; bientôt cette sensation se transforme en crampes douloureuses avec engourdissement à la face, aux lèvres et dans les membres ; — la tête semble serrée comme dans un étau ; — pupilles presque toujours dilatées, face pâle, peau froide, pouls de plus en plus petit, présentant des intermittences de plus en plus marquées au point de disparaître complètement au poignet; — conservation de l'intelligence ; — contractions du cœur faibles, irrégulières, intermittentes; bruits très nets, très clairs cependant; — quelquefois, après ces symptômes, série d'attaques convulsives très courtes et suivies de vomissements avec perte de connaissance; — toujours sensation d'engourdissement intolérable sur toute l'étendue de la peau, particulièrement aux mains, à la face et aux mollets, sensation de tension à la figure et de fourmillements aux lèvres; — à la suite des attaques convulsives survient une prostration effrayante, quelquefois suivie d'un délire, d'une agitation extrême, et le malade meurt en deux ou trois heures.

Dans les cas favorables, à cette agitation succède une amélioration relative, avec tendance au sommeil et toujours l'engourdissement extrêmement pénible des mollets, de la face et des mains. Après quelques petites défaillances, le malade se rétablit peu à peu, et n'éprouve plus que du malaise dans les mollets pendant quarante-huit heures et une grande pesanteur de tête, qui ne disparait qu'au bout de huit à dix jours.

Il n'existe pas d'exemple d'empoisonnement chez l'homme par l'aconitine.

Lésions anatomiques. — Elles ne présentent rien de particulier, comme dans l'empoisonnement par la cicutine ou la nicotine.

Traitement (aconit). — Comme pour la ciguë, mais de plus insister sur les excitants de toutes sortes; dans un

cas, le Dr Richard obtint la guérison en faisant des injections sous-cutanées d'ammoniaque liquide.

H. **Champignons.** — Cet empoisonnement est presque toujours accidentel, et la conséquence de l'imprudence des gens qui mangent des champignons sans savoir distinguer les bonnes des mauvaises espèces. Il est rarement criminel.

Les genres qui sont plus particulièrement vénéneux sont l'*Agaric* et le *Bolet*, qui contiennent à la fois des espèces alimentaires et toxiques, comme l'*Agaric mouche* ou *Fausse oronge*, qui se distingue de la vraie par l'aspect de son chapeau, qui est visqueux au lieu d'être sec comme dans l'oronge vraie; ou le *Bolet pernicieux :* on le distingue du *Bolet comestible* par cette particularité que la section du champignon devient bleue, tandis que celle du bolet comestible reste blanche.

Les effets qu'ils produisent sont tantôt analogues à ceux des poisons hyposthénisants, notamment l'arsenic, tantôt à ceux des poisons stupéfiants. Il semble qu'il y ait là deux principes vénéneux distincts agissant en même temps ou isolément.

Symptômes. — Les premiers signes de l'empoisonnement n'apparaissent en général qu'au bout de quelques heures, six, huit, dix, douze heures après l'ingestion des champignons, et consistent dans les troubles suivants : quelquefois vertiges avec faiblesse générale, stupeur et troubles particuliers de la vision, qui fait voir tous les objets en bleu; — le plus ordinairement, nausées, vomituritions, vomissements abondants, répétés, persistant parfois quarante à soixante heures, suivis de déjections alvines, fréquentes, noirâtres, sanguinolentes, avec coliques et ténesme très douloureux, soif vive, constriction de la gorge, cardialgie violente dès le début; — puis bientôt troubles nerveux plus ou moins intenses, anxiété, suffocation, défaillances avec lourdeur de la tête, vertiges et stupeur, pouls faible, peau froide, couverte quelquefois de taches violacées; — urines supprimées; — enfin assoupissement profond, ou bien au contraire délire, crampes et convulsions, se terminant par la mort, qui arrive dans l'espace de un à deux ou trois jours.

Quand les vomissements du début ont été très abondants, la guérison survient dans le plus grand nombre des cas et assez rapidement.

Dans certains cas, on observe uniquement des phénomènes nerveux (troubles de la vue, vertiges, stupeur, affaiblissement) sans aucun trouble gastro-intestinal (Peddie, Taylor).

Lésions anatomiques. — Les cadavres se putréfient en général très rapidement; on trouve dans l'estomac une matière liquide brune qui peut contenir des débris de champignons ; — la muqueuse de l'estomac et de l'intestin présente des taches ecchymotiques, quelquefois des plaques gangréneuses, d'autres fois une teinte violacée uniforme qui va en s'effaçant vers le cœcum et disparait dans le gros intestin, ordinairement vide et pâle; — les intestins sont en outre distendus par des gaz très fétides; — décoloration et ramollissement du foie, dont le volume est quelquefois énorme ; — congestion de la rate; — engouement des poumons, qui sont le siège d'infiltrations sanguines; le sang est noir et fluide; — enfin le cœur et tous les tissus présentent une flaccidité remarquable.

Traitement. — Donner des vomitifs et des purgatifs pour vider le tube digestif; on a conseillé comme contre-poison une solution de tannin ou une décoction de noix de galle. Ne pas administrer de l'eau salée ou du vinaigre, qui dissolvent le principe toxique des champignons. Enfin traiter les phénomènes généraux par des stimulants comme le café, ou des calmants, suivant les circonstances.

I. **Curare.** — C'est un poison énergique, qui peut tuer un homme adulte à la dose de 15 centigrammes.

Il résulte des recherches faites sur les animaux par MM. Auguste Voisin et Henri Liouville que cet empoisonnement est caractérisé par l'ensemble des symptômes suivants : « immobilité et impossibilité de fuir, ou tout au moins grande difficulté indiquant une paralysie qui existe presque immédiatement dans le train postérieur ; puis des frissonnements, de petites convulsions cloniques générales et des tremblements ondulatoires disséminés, parcourant successivement toutes les parties du corps ; puis une immo-

bilité plus grande encore se manifestant par la conservation absolue de la position qu'on lui imprime, un état de flaccidité générale ; puis l'accélération considérable des inspirations et des battements du cœur, devenus parfois irréguliers, et enfin, s'il doit mourir, l'exagération de ces phénomènes et de plus l'exophthalmie double, l'injection des conjonctives, une hypersécrétion des larmes, les variations brusques et extrêmes de la pupille, l'augmentation de la chaleur centrale (rectum ou vagin) et périphérique (oreilles et face), et la mort par cessation de la respiration. » Dans les cas de guérison, les phénomènes précédents n'augmentent pas d'intensité, durent plus longtemps et finissent par disparaître peu à peu.

Tels sont les phénomènes observés sur l'animal et que l'on retrouverait très vraisemblablement chez l'homme, car, suivant Tardieu, il n'y a pas encore eu de cas d'empoisonnement par le curare. Au point de vue physiologique, on sait, depuis les beaux travaux de Claude Bernard, que ce poison agit sur les nerfs sensitifs, dont il paralyse les propriétés et n'a au contraire aucune action sur les nerfs moteurs.

Lésions cadavériques. — Elles ne présentent rien de caractéristique.

J. **Chloroforme.** — L'empoisonnement par le chloroforme peut être volontaire, accidentel ou criminel. La *dose* nécessaire pour déterminer des accidents mortels est très variable et peut aller de 4 à 60 grammes ; on a même vu la guérison survenir après l'ingestion de 120 grammes de chloroforme (Jackson).

Symptômes. — Ils apparaissent très rapidement après l'ingestion du chloroforme liquide, généralement au bout de 10 à 20 minutes, et se manifestent par les troubles suivants : étourdissements, incohérence dans les idées, ivresse bruyante qui précède le coma et une insensibilité complète; — respiration stertoreuse; — dilatation des pupilles; — grincement des dents ; — l'haleine répand l'odeur du chloroforme ; — pouls lent et faible ; — peau froide ; — convulsions générales, puis une sorte d'attaque épileptiforme, qui peut se terminer par la mort en quelques heures. — Le plus souvent, le réveil se fait lentement ; surviennent des vomisse-

ments, et le malade revient à lui, mais conserve pendant quelques jours une douleur dans la gorge, dans le ventre, quelquefois de l'ictère, de la toux et un peu de catarrhe bronchique.

Suivant Tardieu, la mort par ingestion de chloroforme liquide est très rare.

Lésions anatomiques. — Retard de la putréfaction cadavérique, persistance de la rigidité au delà des limites ordinaires. Corps pâle, présentant seulement quelques lividités violacées, mais pas les larges plaques rosées de l'asphyxie; — visage calme, pupilles dilatées; — les tissus exhalent l'odeur du chloroforme; — traces d'irritation ou d'inflammation de la muqueuse de la bouche, de l'œsophage et de l'estomac; — congestion intense des poumons; — cœur toujours flasque, mou, tantôt vide, tantôt rempli de sang noir fluide ou à peine coagulé; — rien de particulier du côté des centres nerveux et des autres organes; — quelquefois un peu de congestion cérébrale.

Tardieu examine la question uniquement au point de vue de l'action du chloroforme pris sous forme liquide et non à l'état de vapeur; peut-être cette manière de voir est-elle un peu trop exclusive; ces inhalations peuvent en effet donner lieu à des empoisonnements accidentels ou être employées dans une intention criminelle.

L'*éther* produit des accidents analogues; mais ils sont plus rapides et plus fugaces. — L'*amylène* détermine des phénomènes encore plus rapides et d'une durée moindre (Rabuteau).

Traitement. — Dans les cas d'ingestion de chloroforme liquide, vider l'estomac avec la pompe gastrique; contre les accidents par les *vapeurs*, pratiquer la respiration artificielle, employer les excitants, etc., etc.

K. **Alcool.** — Il n'est ici question que des accidents plus ou moins graves et aigus produits par l'absorption d'une très forte dose d'alcool ou de liqueurs alcooliques (eau-de-vie, rhum, absinthe, etc.). Dans ces conditions, l'alcool agit comme un véritable poison stupéfiant et peut amener une mort rapide, quelquefois presque foudroyante.

Symptômes. — Les faits de ce genre s'observent non

chez les ivrognes ou les gens habitués à boire de l'alcool, mais chez les individus qui, peu faits à ces excès, absorbent par occasion une grande quantité de boisson alcoolique : ils tombent comme foudroyés, dans un coma profond interrompu par quelques secousses convulsives ; la respiration stertoreuse, devient de plus en plus anxieuse ; il sort de la bouche une écume sanguinolente ; puis surviennent des évacuations involontaires, et le sujet meurt tantôt en une demi-heure, une heure, tantôt en quinze à vingt heures. La mort est due à des complications cérébrales ou à l'asphyxie.

Lésions anatomiques. — Épanchement de sang plus ou moins considérable dans la cavité de l'arachnoïde, et infiltrations sanguines dans les poumons : telles sont les lésions qu'on rencontre constamment.

Traitement. — Il consiste à vider l'estomac à l'aide de la pompe gastrique, puis à appliquer un traitement destiné à rétablir les fonctions de la peau, de la circulation et de la respiration.

QUATRIÈME CLASSE. — POISONS NARCOTIQUES.

Ces poisons ont pour caractéristique une action directe sur le système nerveux, action spéciale déterminant un état particulier auquel on a donné le nom de *narcotisme*.

Opium. — Cette classe ne forme qu'un groupe : *l'empoisonnement par l'opium*, qui comprend les empoisonnements par l'opium, ses alcaloïdes et ses préparations.

Cette substance est beaucoup plus souvent employée dans l'empoisonnement suicide que dans un but criminel ; enfin les usages si nombreux de ses préparations expliquent la fréquence des empoisonnements accidentels. Les empoisonnements par l'opium sont surtout nombreux en Angleterre.

Les *formes* sous lesquelles l'opium peut être introduit dans l'économie sont : le *pavot* (fig. 31, Capsule de pavot, *Papaver somniferum album*) d'où l'on extrait l'opium ; les *alcaloïdes* de ce dernier (morphine, narcéine, codéine, narcotine, papavérine, thébaïne, etc.) ; les diverses préparations

dans lesquelles l'opium et les alcaloïdes peuvent entrer, comme les *sels de morphine* (acétate, sulfate, chlohydrate), les diverses espèces de *laudanum* et les *solutions alcooliques* de l'opium (élixir parégorique, extraits et sirops d'opium ou de pavots, poudre de Dower, etc.).

Parmi les conditions qui modifient l'activité du poison

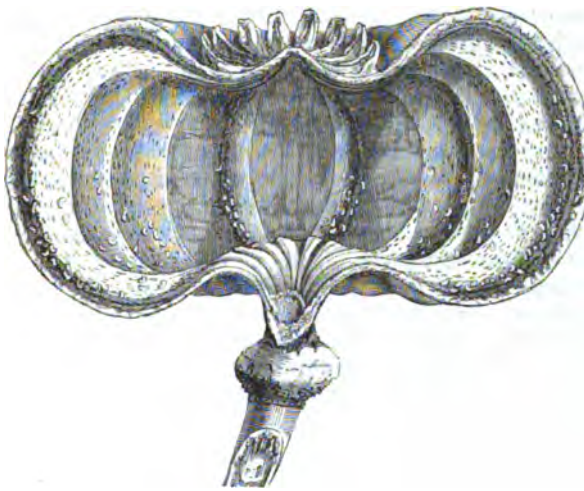

Fig. 31. — Capsule de pavot.

dans l'organisme, il faut, pour l'opium surtout, tenir compte de la forme sous laquelle il est administré : ainsi son absorption est beaucoup plus active par le rectum ou par injection sous-cutanée. L'intensité de son action varie enfin suivant la préparation et l'alcaloïde employés. Ainsi, d'après Claude Bernard, des six principaux alcaloïdes de l'opium, la morphine, la narcéine et la codéine ont des propriétés soporifiques dont sont dépourvues la narcotine, la papavérine et la thébaïne, et encore les trois premières ne sont pas toutes également *soporifiques* : à ce point de vue, la narcéine est la substance la plus somnifère de l'opium, puis viennent la morphine et enfin la codéine. — Au point de

vue *toxique*, Claude Bernard classe ainsi les alcaloïdes de l'opium : 1° la thébaïne ; 2° la codéine ; 3° la papavérine ; 4° la narcéine ; 5° la morphine ; 6° la narcotine. — Au point de vue *convulsivant* viennent : 1° la thébaïne ; 2° la papavérine ; 3° la narcotine ; 4° la codéine ; 5° la morphine ; 6° la narcéine.

Quant aux *doses* susceptibles de provoquer des accidents mortels, elles varient suivant la préparation opiacée : l'opium brut peut tuer à la dose de 20 centigrammes ; d'autres fois, il faudra 1 à 2 grammes ; — le laudanum administré en lavement peut donner la mort à la dose de 10 grammes ; de 30 à 40 grammes, ingéré dans l'estomac ; dans un cas, la mort survint à la suite de l'application de 30 grammes de laudanum sur un cataplasme et des pièces de pansement (Tardieu) ; — la morphine peut déterminer la mort à la dose de 20 à 40 centigrammes ; le chlorhydrate de morphine à la dose de 5 centigrammes ; à côté de cela, des individus ont guéri après avoir absorbé 1 gramme à 2 grammes 1/2 d'acétate de morphine, 192 grammes de laudanum (Tardieu).

Ajoutons enfin que, dans l'appréciation de l'action des opiacés, il faut tenir compte de l'habitude et surtout de l'âge ; les enfants en particulier sont extrêmement sensibles aux opiacés, et l'on a vu des accidents mortels se déclarer après l'administration d'une légère décoction de pavot ou de lavements contenant une ou deux gouttes de laudanum (Trousseau).

Symptômes. — L'empoisonnement par l'opium peut affecter trois formes distinctes : une forme *foudroyante*, une forme *subaiguë* et une forme *lente*.

1° *Forme foudroyante.* — Presque immédiatement après l'ingestion survient un sommeil comateux dont on ne peut tirer le sujet, et qui se termine par la mort sans transition dans l'espace de trois quarts d'heure à une ou deux heures ; quelquefois elle est précédée de quelques mouvements convulsifs. Un fait assez intéressant à signaler dans cette forme, c'est que les pupilles sont constamment dilatées (Tardieu).

2° *Forme subaiguë ou commune.* — Les premiers effets se manifestent en général une demi-heure, une heure après l'ingestion du poison, quelquefois un quart d'heure après ou

quelques minutes seulement, chez les enfants particulièrement. Ils sont caractérisés par les symptômes suivants : au début, pesanteur de tête, vertiges, exaltation des sens, surtout de la vue et de l'ouïe ; — vive chaleur de tout le corps, sécheresse de la peau, de la langue et de la gorge ; — quelquefois nausées, sans vomissements ; — démangeaisons générales et très incommodes ; — ralentissement ou suspension de toutes les sécrétions, principalement de la sécrétion urinaire ; — quelquefois apparition d'une éruption vésiculeuse ou papuleuse sur les membres et sur le tronc ; — bientôt assoupissement plus ou moins profond, avec ralentissement considérable des mouvements respiratoires, qui ne sont que de quatre ou cinq par minute.

Dans certains cas cette période manque, et le sujet tombe dès le début dans l'assoupissement avec résolution des membres et perte du sentiment. La face est injectée, le regard fixe, l'œil insensible à la lumière et la pupille contractée. Suivant Taylor, les pupilles sont contractées au commencement de l'empoisonnement ; mais plus tard, à mesure que la mort approche, on peut les trouver dilatées.

Arrivé à la période d'assoupissement dans les cas graves, la respiration devient de plus en plus embarrassée, anxieuse, stertoreuse ; les extrémités se refroidissent, le pouls devient de plus en plus fréquent et petit, et la mort arrive au milieu du coma en cinq à douze ou quinze heures. Quelquefois l'assoupissement disparait en partie, les malades reviennent presque à eux ; mais après une rémission de courte durée, ils tombent dans un délire plus ou moins agité et bruyant, ou bien dans un nouveau coma et meurent au bout de deux, quatre ou cinq jours, rarement plus. Taylor a insisté tout particulièrement sur cette forme *rémittente* de l'empoisonnement par l'opium.

Dans les cas favorables, les accidents se dissipent peu à peu pour ne plus reparaitre ; la respiration devient plus fréquente et plus régulière, et toutes les fonctions reviennent progressivement à l'état normal ; seulement le malade garde pendant plusieurs jours une grande faiblesse, de la tendance aux vomissements et aux syncopes.

3° *Forme lente.* — Cette forme lente ou chronique se ren-

contre chez les individus qui, pour une raison quelconque, ont pris l'habitude d'absorber chaque jour une dose d'opium: on l'observe surtout en Orient, aux Indes, en Angleterre, où la question a été étudiée tout particulièrement par les médecins des Compagnies d'assurances sur la vie, à propos des contrats passés avec des mangeurs d'opium. Il est bien établi aujourd'hui, après les recherches de Christison, d'Abercrombie, de Duncan et de Taylor, qu'une semblable habitude est de nature à altérer profondément la santé. Voici la description que fait le Dr Oppenheim des individus voués à ce vice particulier : « L'homme qui a l'habitude de manger de l'opium est facilement reconnaissable. Tout son corps est amaigri, son visage est jaune et desséché, sa démarche chancelante, son épine dorsale pliée, jusqu'à donner parfois au corps une forme demi-circulaire ; les yeux caves et vitreux le trahissent au premier regard, les fonctions digestives se font mal. Il ne mange presque rien et va à peine à la garde-robe une fois par semaine; ses forces morales et physiques sont détruites. Lorsque l'habitude est invétérée, la faiblesse qui augmente rend plus impérieux le besoin du stimulant ; et il faut sans cesse augmenter la dose pour obtenir l'effet désiré. Lorsqu'il s'est longtemps livré à sa passion, le mangeur d'opium souffre de névralgies, auxquelles l'opium lui-même n'apporte plus aucun soulagement. Rarement les malheureux atteignent l'âge de quarante ans lorsqu'ils ont commencé de bonne heure à s'adonner à l'opium. » Un fait assez intéressant sur lequel insiste Tardieu, c'est que les effets toxiques de l'opium, dans cette forme, se manifestent surtout quand on en suspend l'usage quotidien. « On voit alors, dit-il, survenir la céphalalgie, la dépravation des sens, l'insomnie, les spasmes, les lassitudes et les inquiétudes dans les membres, des nausées, des douleurs dans la poitrine, de la toux, et parfois des troubles intellectuels, des hallucinations de la vue qui font apparaître des animaux et des spectres divers. Ces symptômes d'un véritable empoisonnement chronique se prolongent pendant plusieurs mois et laissent à leur suite, comme conséquence persistante, une altération profonde du goût, un engourdissement habituel des membres, un refroidissement des extrémités et l'impos-

sibilité de faire une marche un peu longue sans avoir de violentes douleurs dans les jambes. »

Lésions anatomiques. — Elles n'ont rien de caractéristique, mais au moins elles sont à peu près constantes : ce sont des congestions considérables du cerveau et des poumons ; — le sang est noir et parfois fluide (Taylor), coagulé dans le cœur et les vaisseaux, lorsque l'agonie a été de longue durée. Suivant Tardieu, la fluidité du sang n'est pas un signe absolu de l'empoisonnement par l'opium ; — la congestion cérébrale s'accompagne souvent de foyers d'apoplexie capillaire, d'infiltration de sérosité dans l'arachnoïde ou dans les ventricules ; — quelquefois la muqueuse de l'estomac et du tube digestif présente la teinte safranée du laudanum, mais en général elle n'offre aucune altération. Souvent les reins et les organes sexuels sont congestionnés, mais il n'y a jamais, comme le croyait Barbier, un véritable état d'érection. — La peau est décolorée et présente par places l'aspect de la chair de poule ; — la chaleur persiste longtemps ; — enfin la putréfaction est retardée.

On a signalé dans cet empoisonnement la chute facile et rapide des cheveux des cadavres des empoisonnés. Suivant Casper, il n'y a là rien de spécial à l'empoisonnement par l'opium ; c'est un résultat de la putréfaction, qui dans cette variété d'empoisonnement se fait, suivant lui, plus promptement que dans les autres circonstances.

Traitement. — Administrer des vomitifs au début, puis des stimulants diffusibles, le *café* à haute dose, l'ammoniaque, les révulsifs énergiques, l'électricité, les inspirations d'oxygène, enfin un traitement rationnel en rapport avec les symptômes observés. Suivant Tardieu, cette méthode est préférable au tannin, aux astringents, à l'eau iodée et à la belladone, dont l'antagonisme avec l'opium n'est nullement démontré.

CINQUIÈME CLASSE. — EMPOISONNEMENT PAR LES POISONS TÉTANIQUES, OU NÉVROSTHÉNIQUES.

La caractéristique de ces poisons est une excitation rapide et violente du système nerveux, excitation des centres nerveux se manifestant par des attaques convulsives, tellement intenses et rapides que la mort peut en être la conséquence presque instantanée (Tardieu).

Les principales espèces qui peuvent intéresser le médecin légiste sont : l'empoisonnement par la *strychnine*, l'*acide prussique* et les *cantharides*.

La *dose* susceptible de déterminer des accidents mortels est très variable : Andral a vu des symptômes très graves produits par 4 à 5 milligrammes de strychnine, tandis que 35 centigrammes par jour ne produisaient aucun effet chez certains malades (Devergie). Suivant Tardieu, d'une façon générale, on doit redouter des accidents mortels à la dose de 3 à 5 centigrammes, 2 centigrammes 1/2 à 10 centigrammes d'après Taylor. — Pour la noix vomique, son extrait alcoolique peut tuer à la dose de 15 centigrammes ; en poudre, la quantité la plus petite qui ait tué est de 1 gramme 1/2 (Christison).

A. **Strychnine et noix vomique** (fig. 32, *Strychnos nux vomica ;* fig. 33, graine). — L'empoisonnement par la strychnine ou la noix vomique (*Strychnos nux vomica*) est très rare en France, plus fréquent en Angleterre, et peut survenir accidentellement, par suite d'une erreur dans l'emploi thérapeutique de cette substance ou dans une intention criminelle, comme dans les affaires Palmer (1855) et Denner (1864).

Le poison peut être administré sous *forme :* de *noix vomique*, de *fève de Saint-Ignace* (fig. 34), d'*écorce de fausse angusture*, ou d'un mélange usité surtout chez les Indiens (*Upas Antiar*, *Upas tieuté*), le plus souvent de *strychnine pure*, donnée à l'état solide en dissolution ou en sirop. En Angleterre, les empoisonnements suicides ou criminels se font surtout, d'après Gallard, à l'aide d'une poudre particulière appelée *mort-aux-rats*, dans laquelle entre une forte proportion de

strychnine. Le Dr Charles Shuler signale enfin cette particularité, importante au point de vue médico-légale, que

Fig. 32. — *Strychnos nux vomica.*

« 5 à 15 centigrammes de strychnine pure ou d'un sel de strychnine, placés sur l'angle interne de l'œil d'un homme

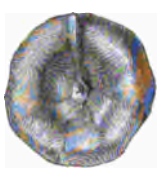

Fig. 33. — Graine de noix vomique.

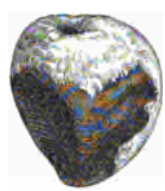

Fig. 34. — Fève de Saint-Ignace.

qui dort, seraient suffisants pour détruire la vie rapidement et sans laisser de traces ; la découverte du poison, qui ne pourrait être trouvé que dans les canaux lacrymaux et sur la membrane muqueuse de l'œil, serait extrêmement difficile, d'autant plus que la poudre adhérente au coin de l'œil peut aisément être enlevée par la main de l'assassin ou par le mourant lui-même. »

La strychnine peut donner la mort à la *dose* de trois à quatre centigrammes (Caussé d'Albi, Georges Bergeron).

Symptômes. — Début brusque et rapide : 10 à 20 minutes après l'ingestion du poison, rarement plus (Tardieu), sensation particulière dans la tête ; — angoisse.

Il n'y a pas habituellement de vomissements, contrairement à ce que l'on observe pour les autres empoisonnements.

Agitation croissante suivie rapidement de spasmes et de contractions toniques ; — raideur tétanique, le corps est tordu en arrière dans la position de l'opisthotonos ; — la figure pâle, l'intelligence très nette, la parole entrecoupée ; — soif ardente ; — secousses plus ou moins violentes dans tous les membres, frissons et resserrement de la mâchoire.

Le ventre est souvent soulevé par des contractions brusques et rapides, et paraît gonflé (Caussé d'Albi, Bergeron).

Après un temps variable, ces convulsions, ces contractions tétaniques disparaissent pour quelques minutes ; mais cette rémission est de courte durée, et un nouvel accès convulsif survient, plus violent que le premier, avec affaiblissement de l'intelligence ; ce nouvel accès peut s'apaiser à son tour, mais la détente est moins complète que la première fois ; d'autres accès peuvent apparaître plus rapprochés et plus formidables, la sensibilité est devenue tellement excitable que le moindre bruit, le plus léger contact suffit pour provoquer de nouvelles convulsions ; enfin la mort arrive brusquement dans un dernier accès, plus court que les précédents.

Dans les cas favorables, les accès deviennent de moins en moins violents et moins fréquents, et disparaissent après quelques heures ; mais le malade éprouve une faiblesse extrême, un sentiment de brisement et de lassitude physique et morale excessif, quelquefois une raideur musculaire qui persiste pendant un temps plus ou moins long.

La mort survient en général à la fin du quatrième ou du cinquième accès, dont la durée moyenne est de trois à quatre minutes. Quant à la période de rémission, elle peut avoir de dix à quinze minutes. L'ensemble des accès ne comprend donc qu'un temps fort limité, et la mort arrive après une heure et demie ou deux heures.

Lésions anatomiques. — Les lésions caractéristiques de l'empoisonnement par la strychnine siègent dans les centres nerveux : congestion habituelle du cerveau et de ses membranes, quelquefois véritable épanchement à sa surface ou dans la masse cérébrale; plus souvent hémorrhagie méningée entre la pie-mère et l'arachnoïde. La moelle est quelquefois intacte, mais parfois entourée d'un épanchement sanguin ou bien ramollie et complètement désorganisée (Blanchard, Tarchini Bonfanti). Quelquefois la pie-mère est fortement injectée, et l'on trouve entre elle et la dure-mère une série de caillots plus ou moins volumineux (Gallard), avec engorgement de toutes les veines environnantes. Du côté des poumons, on observe tous les signes de l'asphyxie, à laquelle Orfila et Devergie avaient accordé une importance beaucoup trop grande, suivant Tardieu. Ce sont là des lésions secondaires résultant des phénomènes tétaniques ; il en est de même des lésions observées du côté du cœur, qui est généralement vide, plus ou moins contracté et contient un peu de sang fluide. — Rien de particulier du côté des organes digestifs. — Une particularité intéressante à noter, c'est la rigidité plus ou moins persistante des muscles après la mort; enfin les cadavres ont une teinte violacée.

Traitement. — On ne connait pas encore le véritable antidote de la strychnine; le curare supprime bien les convulsions, mais n'empêche pas la mort (Claude Bernard). Suivant Gallard, il faut administrer au début un ou plusieurs vomitifs énergiques, puis donner du tannin ou de la teinture d'iode en solution, ou l'iodure de potassium ioduré jusqu'au moment où apparaissent les convulsions qu'il faudra combattre par des moyens appropriés, principalement le *chloroforme* et les préparations d'aconit. On a conseillé encore : le tabac et la nicotine, donnés par goutte de demi-heure en demi-heure dans du punch, médicament extrêmement dangereux; — la fève de Calabar; — le bromure de potassium; — l'hydrate de chloral en injections hypodermiques ou intra-veineuses; — enfin l'atropine (Buckley). Tous ces agents ont une action des plus douteuses.

B. **Acide prussique.** — Cet empoisonnement, qui est le type de l'empoisonnement foudroyant, peut être produit par

l'acide prussique pur en *liquide* ou à l'état de *vapeurs* (très rare); — par l'*acide cyanhydrique médicinal*, l'*huile d'amandes amères*, l'*eau de laurier-cerise*, dont il est le principe actif, les *cyanures alcalins*, principalement le *cyanure de potassium*, très employé dans les arts et l'industrie (photographie, dorure, argenterie électrolytique).

Ajoutons enfin que l'ingestion d'une certaine quantité de fruits à noyaux, amandes amères, amandes de prunes, d'abricots, de cerises, etc., peut déterminer des accidents graves, parfois mortels, par suite du dégagement et de l'absorption de la quantité d'acide cyanhydrique contenu dans ces amandes.

Quant aux *doses* capables de produire des accidents mortels pour l'acide prussique, il suffit de quelques gouttes, ou de l'inspiration de ses vapeurs pendant quelques secondes; — pour l'acide prussique médicinal, les doses mortelles varient de 25 à 50 centigrammes jusqu'à 1 ou 2 grammes; — le *sirop* d'acide cyanhydrique du Codex, qui contenait un dixième de son poids d'acide, doit être absolument interdit dans la thérapeutique (Tardieu); le sirop actuel est au 1/200 seulement. L'acide prussique médicinal de la pharmacopée anglaise varie, comme dosage, de 1/2 à 2 pour 100 — La dose de cyanure de potassium capable de donner la mort varie de 5 à 10 centigrammes. — Enfin l'eau de laurier-cerise a pu tuer un adulte à la dose de 60 grammes. — L'huile essentielle d'amandes mères, non purifiée, est plus active, et dix-sept gouttes ont suffi pour faire mourir une femme en une demi- heure.

Symptômes. — « Le début de l'empoisonnement par l'acide prussique, dit Tardieu, est subit et presque foudroyant; tout au plus se fait-il attendre quelques minutes. L'individu empoisonné s'affaisse tout à coup et tombe sans proférer une parole, privé de mouvement et de sentiment. Le corps se raidit sous l'influence d'une convulsion tétanique. La respiration s'arrête et reste suspendue après quelques rares et profondes expirations. La face est violacée et tuméfiée, les yeux saillants; d'autres fois, au contraire, le visage est pâle, décoloré, la pupille est dilatée; une écume sanguinolente se montre à la bouche. Les convulsions se renouvel-

lent ; puis le corps tombe dans un état d'immobilité et de rigidité persistante ; il se refroidit rapidement, le pouls devient insensible, et la mort a lieu dans l'espace de deux ou cinq à dix ou quinze minutes, rarement davantage, et au plus dans l'espace de trois quarts d'heure, après quelques alternatives de paroxysmes convulsifs et de coma durant lequel la respiration est stertoreuse. » L'huile d'amandes amères tue aussi rapidement que l'acide prussique ; le cyanure de potassium et l'eau de laurier-cerise sont moins actifs.

Dans les cas non mortels, après des accès convulsifs très violents pendant deux ou trois heures, l'intelligence et le sentiment reparaissent, précédés quelquefois d'un vomissement qui est de bon augure ; mais le malade conserve de la pesanteur de la tête, une faiblesse extrême avec sensation de brisement général et une certaine gêne de la respiration. Tous ces symptômes disparaissent au bout de trois à dix et même quinze jours.

L'acide prussique et ses préparations, le cyanure de potassium entre autres, *appliqués à l'extérieur*, peuvent aussi donner lieu à des accidents d'empoisonnement, il en est de même des inhalations de vapeurs d'acide cyanhydrique (Jules Regnault).

Lésions anatomiques. — D'abord rigidité toute particulière du cadavre des individus empoisonnés, sans que l'époque de la putréfaction soit retardée ou hâtée, au moins suivant l'opinion de Tardieu et de Casper, car Orfila la croit plus hâtive et Taylor plus tardive. Toutes les parties du corps exhalent une odeur parfois très prononcée d'amandes amères, surtout les organes internes et particulièrement l'estomac. La moelle, le cerveau et les vaisseaux encéphaliques sont le siège d'une congestion très marquée ; quelquefois épanchement de sérosité ou de sang noir épais, à la surface des hémisphères cérébraux ou à la base du crâne ; poumons engoués ou congestionnés présentant parfois des ecchymoses sous-pleurales et des bulles d'emphysème (Lecorché et Meuriot) ; cœur flasque distendu par un sang fluide accumulé dans les cavités droites ; le sang est le plus ordinairement fluide, d'un noir bleuâtre d'après Hufeland ; suivant Lecorché et Meuriot, il aurait perdu toute affinité

pour l'oxygène; il se formerait vraisemblablement du cyanhydrate d'hémoglobine, quelquefois d'un rouge violet ou d'un rouge cerise.

Traitement. — Il n'y a pas de véritable contre-poison de l'acide cyanhydrique; on a conseillé à tort l'éther et l'atropine (Tardieu). Le traitement consiste en affusions froides sur la tête, sur la colonne vertébrale, en inspirations chlorées faites avec prudence; on peut recourir encore aux révulsifs intestinaux, à la saignée, enfin pratiquer immédiatement la respiration artificielle.

C. **Cantharides.** — L'empoisonnement par les cantharides est plus fréquent qu'on ne pense; il occupe le dixième rang dans la statistique criminelle de l'empoisonnement (Tardieu). Cette fréquence relative tient aux propriétés aphrodisiaques et abortives qu'on leur attribue dans le vulgaire; aussi cette variété d'empoisonnement se complique-t-elle souvent de crime d'avortement ou de viol. On administre les cantharides sous *forme de poudre*, *de teinture éthérée* ou *alcoolique* incorporée dans des confitures, des pastilles de chocolat, des liqueurs données comme philtres amoureux (Tardieu). Le principe actif de la cantharide est la *cantharidine*, poison extrêmement énergique; une *petite dose* suffit pour produire la mort : ainsi la *poudre* de cantharide détermine des accidents graves à la dose de 40 à 50 centigrammes et tue à la dose de 1 à 2 grammes. — La *teinture* peut empoisonner à la dose de 20 à 30 grammes. — Enfin la *cantharidine* peut donner la mort à la dose de 5 centigrammes.

Symptômes. — Quelquefois, immédiatement après l'ingestion de la cantharide, sensation de brûlure dans la bouche et dans la gorge; — d'autres fois deux ou trois heures après, douleur vive à l'épigastre avec vomissements de matières glaireuses plus ou moins sanguinolentes, et salivation abondante; — céphalalgie intense, face rouge, empourprée, avec saillie des yeux qui brillent d'un éclat sauvage; — surexcitation des organes sexuels, érections qui déterminent une dysurie plus ou moins intense avec un ténesme vésical et rectal souvent atroce; — les urines sont albumineuses et sanguinolentes; — quelquefois le malade rend du sang pur par le fondement et l'urèthre.

« Les hommes sont en proie à un priapisme incessant. La raison s'égare, les désirs ne peuvent plus se contenir, la fureur érotique arrive aux plus violents paroxysmes, les cris de bêtes fauves, les démonstrations obscènes achèvent de donner à cet empoisonnement le caractère du plus effrayant satyriasis. Par instants et comme épuisés, les malheureux empoisonnés par les cantharides tombent dans un profond accablement, sans mouvement et sans force, jusqu'à ce qu'un nouveau paroxysme rallume leur fureurs.

« D'autres fois, l'agitation dégénère en attaques tétaniques ou en une sorte de délire hydrophobe ; le moindre bruit, la lumière, un son de voix provoquent d'horribles convulsions. Le corps se raidit, la pupille est dilatée, l'œil hagard et brillant. Le malade cherche à mordre. Cependant les accès se répètent et les malades vont s'affaiblissant de plus en plus; les parties génitales tombent en gangrène, et la mort survient dans l'espace de vingt-quatre à trente-six heures. » (Tardieu).

Dans les cas favorables, la surexcitation nerveuse se calme peu à peu, pour disparaître en quelques jours, mais le sujet conserve de la gastralgie, une dyspepsie opiniâtre et quelquefois aussi une albuminurie chronique, rebelle, résultant d'une néphrite produite par la cantharide.

Les accidents d'empoisonnement peuvent se produire aussi à la suite de l'*application* des cantharides à l'*extérieur*. A. Taylor cite l'observation d'un jeune homme de seize ans, à qui l'on fit sur tout le corps des frictions avec une pommade cantharidienne, pour le guérir de la gale et qui mourut, au bout de cinq jours, avec tous les signes de l'empoisonnement par la cantharide.

Au point de vue de son action sur l'organisme, il parait bien démontré que la cantharide détermine une surexcitation portant presque exclusivement sur une partie limitée du système nerveux, et non sur l'innervation générale, comme la strychnine ou l'acide prussique.

Lésions anatomiques. — Traces d'une violente inflammation du tube digestif, la muqueuse de l'estomac et des intestins est parsemée de taches ecchymotiques, ramollie, grisâtre, se détache par fragments et présente dans certains

points de véritables plaques gangréneuses; — les organes génito-urinaires présentent également les traces d'une inflammation intense : la muqueuse de la vessie est épaissie, ramollie, friable, dénudée et granuleuse par places ou parsemées d'ecchymoses ou de phlyctènes; — le pénis, raidi, est souvent gangréné, et les corps caverneux sont remplis de sang coagulé; — enfin les reins offrent les lésions de la néphrite parenchymateuse.

Traitement. — D'abord des vomitifs, puis des laxatifs, des calmants, des bains prolongés, des émollients, des narcotiques à haute dose (opium) et des antispasmodiques, particulièrement le camphre. Surtout ne pas donner de l'huile, qu'on a prescrit pendant longtemps et qui favorise l'absorption de la cantharide.

QUESTIONS RELATIVES A L'INSTINCT SEXUEL ET A LA REPRODUCTION DE L'ESPÈCE.

ATTENTATS AUX MŒURS.

Suivant Tardieu, les faits relatifs aux attentats aux mœurs peuvent se diviser en trois groupes distincts : 1° les outrages publics à la pudeur; — 2° le viol et les attentats à la pudeur; — 3° la pédérastie et la sodomie.

Législation. — *Code pénal.* — Art. 330. — Toute personne qui aura commis un *outrage public* à la pudeur sera punie d'un emprisonnement de trois mois à deux ans et d'une amende de 16 à 200 francs.

Art. 331. — Tout *attentat* à la pudeur, consommé ou tenté sans violence sur la personne d'un enfant de l'un ou l'autre sexe, âgé de moins de treize ans, sera puni de réclusion. — Sera puni de la même peine l'attentat à la pudeur commis par tout ascendant sur la personne d'un mineur, même âgé de plus de treize ans, mais non émancipé par mariage.

Art. 332. — Quiconque aura commis le crime de *viol* sera puni des travaux forcés à temps. — Si le crime a été commis sur la personne d'un enfant au-dessous de l'âge de quinze ans accomplis, le coupable

subira le *maximum* de la peine des travaux forcés à temps. — Quiconque aura commis un attentat à la pudeur consommé ou tenté avec violence contre des individus de l'un ou l'autre sexe sera puni de la réclusion. — Si le crime a été commis sur la personne d'un enfant au-dessous de l'âge de quinze ans accomplis, le coupable subira la peine des travaux forcés à temps.

Art. 333. — Si les coupables sont les ascendants de la personne sur laquelle a été commis l'attentat, s'ils sont de la classe de ceux qui ont autorité sur elle, s'ils sont ses instituteurs ou ses serviteurs à gages ou serviteurs à gages des personnes ci-dessus désignées, s'ils sont fonctionnaires ou ministres d'un culte, ou si le coupable, quel qu'il soit, a été aidé dans son crime par une ou plusieurs personnes, la peine sera celle des travaux forcés à temps, dans le cas prévu par le § 1er de l'article 331, et des travaux forcés à perpétuité, dans les cas prévus par l'article précédent.

Art. 334. — Quiconque aura attenté aux mœurs en excitant, favorisant ou facilitant habituellement la débauche ou la corruption de la jeunesse de l'un ou de l'autre sexe, au-dessous de l'âge de vingt et un ans, sera puni d'un emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de 50 à 500 francs. — Si la prostitution ou la corruption a été excitée, favorisée ou facilitée par leurs pères, mères, tuteurs ou autres personnes chargées de leur surveillance, la peine sera de deux à cinq ans d'emprisonnement et de 300 à 1000 francs d'amende.

Cour de Cassation (20 mars 1813, 5 juillet 1838). — « Les outrages à la pudeur prévus et punis par l'article 330 sont ceux qui, n'ayant pas été accompagnés de violence ou de contrainte, n'ont pu blesser la pudeur de la personne sur laquelle des actes déshonnêtes peuvent avoir été exercés, mais qui, par leur licence et leur publicité, ont été ou ont pu être l'occasion d'un scandale public pour l'honnêteté et la pudeur de ceux qui, fortuitement, ont pu en être témoins. »

A. — Outrages publics a la pudeur.

On entend par outrage public à la pudeur tout acte, fait ou geste attentatoire à la pudeur, commis dans un lieu public ou accessible au public : « Ainsi un homme ou une femme marchant nus dans la rue, un homme ou une femme se livrant séparément et publiquement à des attouchements honteux, un homme et une femme se faisant publiquement des attouchements, voilà autant d'actes dans lesquels il y a outrage à la pudeur. » (Devergie.) Ce qui constitue le crime, le délit proprement dit, punissable par la loi, c'est la *publicité* de l'action. Sans cette circonstance,

il peut y avoir un fait immoral, mais non un délit (Briand et Chaudé). Il en est de même des propos obscènes et des *injures* en paroles qui, si outrageantes, si grossières qu'elles soient, ne peuvent être considérées comme attentatoires à la pudeur (C. Cass., 30 niv. an XI).

Les faits de ce genre ne sont pas rares; d'après la statistique judiciaire, voici quel a été le nombre des individus poursuivis pour délit d'outrages publics à la pudeur de 1865 à 1875 :

En 1865.....	3248	En 1871.....	1744
» 1866.....	3050	» 1872.....	2781
» 1867.....	2763	» 1873.....	3123
» 1868.....	3084	» 1874.....	3338
» 1869.....	3019	» 1875.... ..	3671
» 1870.....	1618		

Les inculpés sont, dans la grande majorité des cas, du sexe masculin, le plus souvent des vieillards septuagénaires, des rentiers, des commerçants retirés, quelquefois des prostituées en état d'ivresse.

Le médecin expert est généralement consulté non pour fournir la preuve du fait en lui-même ou pour en confirmer le caractère, mais pour apprécier les motifs qui peuvent l'expliquer, ainsi que les excuses ou les raisons alléguées par les prévenus (Tardieu). Il peut en effet se trouver en présence :

1° D'un *dérangement intellectuel*, d'un affaiblissement sénile qui, suivant l'expression de Tardieu, « transforme en une sorte de délire érotique les mouvements des sens et ne laisse survivre dans les esprits éteints que des passions libertines. » Dans cette catégorie se rencontrent ceux que Lasègue a appelé les *exhibitionnistes;* ce sont des individus qui, sous l'influence d'une impulsion assez difficile à expliquer, exhibent leurs organes sexuels, sans se livrer d'ailleurs à d'autres manifestations : « Il n'y a là ni exception d'âge, ni état maladif bien défini. » Chez les femmes, le plus souvent, dans les faits de ce genre, il s'agit d'une véritable nymphomanie.

2° D'une *véritable maladie* cachée, qui porte l'individu

malgré lui à des attouchements obscènes, par exemple une affection de la peau, une dartre au pourtour de l'anus ou des parties sexuelles, et qui provoquent des démangeaisons plus ou moins vives; quelquefois c'est une *infirmité* résultant d'une maladie chronique des voies urinaires (rétrécissement de l'urèthre, cystite, incontinence d'urine, hypertrophie de la prostate), infirmité caractérisée par l'émission lente de l'urine et la nécessité pour l'individu d'exécuter certains mouvements destinés à solliciter et à hâter la miction.

Tels sont souvent les faits soumis à l'appréciation du médecin légiste et dont il peut seul donner la véritable explication. Il ne devra du reste jamais oublier de rechercher sur l'inculpé les traces d'habitudes de pédérastie.

La qualification d'outrage publique à la pudeur s'applique également aux faits de *bestialité* dans lesquels on voit des individus se livrer à la copulation sur des animaux (poules, chèvres, juments, etc.). Ces actes contre nature sont plus fréquents dans les campagnes que dans les villes. Le médecin légiste est rarement appelé à donner son avis dans ces circonstances; quelquefois cependant il aura à se prononcer sur la nature des traces que présente l'inculpé : par exemple, il aura à examiner les poils retrouvés sur lui et à les comparer à ceux de l'animal avec lequel on le suppose avoir eu des rapports.

B. — Viols et attentats a la pudeur.

Au point de vue de la loi, on entend par attentat à la pudeur *tout acte impudique exercé par une personne, non seulement dans le but de satisfaire une jouissance vénérienne, mais encore par curiosité, vengeance ou dépravation.* — Ainsi les tribunaux considèrent comme des attentats à la pudeur le fait d'ouvriers procédant violemment à l'examen des parties sexuelles d'un de leurs camarades; celui d'une femme commettant des actes impudiques sur un enfant ou d'un mari qui exerce sur sa femme des actes contraires aux fins légitimes du mariage. — On entend par *viol, l'acte*

par lequel un homme abuse d'une femme avec violence, que cette femme soit vierge ou déflorée. Par violence, la loi n'entend pas seulement l'abus de la force physique, mais aussi l'emploi de moyens qui auraient privé momentanément la femme de l'usage de ses facultés, et l'auraient mise dans l'impossibilité de résister, comme le chloroforme, l'éther, les anesthésiques et les narcotiques en général (Briand et Chaudé). La Cour de Cassation (arrêt du 25 juin 1857) considère également comme viol toute « possession illicite d'une femme sans son consentement et contre sa volonté, que cette possession ait lieu par surprise, par erreur ou autrement; qu'ainsi le fait par un individu de s'introduire la nuit dans le domicile d'une femme, de se placer dans son lit et d'obtenir de cette femme l'accomplissement du devoir conjugal, que celle-ci a consenti dans la pensée qu'elle avait affaire à son mari, constitue le crime de viol, alors même que, l'erreur ayant été reconnue par la femme avant la consommation complète du crime, le coupable aurait fui à l'instant même sans user d'aucune espèce de violence physique ni même d'instances. »

Au point de vue médico-légal, le viol et l'attentat à la pudeur peuvent, suivant Tardieu, se reconnaitre aux caractères suivants, qui sont absolument constants : « *L'intromission complète avec ou sans défloration caractérise le viol; et la non-intromission est propre au simple attentat.* »

Fréquence des attentats à la pudeur et au viol en France. — Il résulte des comptes rendus de la statistique criminelle en France que, depuis une cinquantaine d'années, le nombre des attentats à la pudeur commis sur des enfants a augmenté dans une proportion déplorable : ainsi le chiffre des accusations pour viols ou attentats à la pudeur sur des enfants âgés de moins de seize ans n'était, de 1826 à 1830, que de 136 en moyenne; — de 1846 à 1850, il s'est élevé à 420, — et enfin, de 1861 à 1865, il a monté à 751, chiffre auquel il semble s'être maintenu sans varier sensiblement. M. Brouardel fait remarquer que ce qui peut, jusqu'à un certain point, expliquer cette progression, c'est que la limite d'âge, fixée primitivement à seize ans, a été abaissée à douze et treize ans, et que la condition *avec violence*, né-

cessaire autrefois pour autoriser les poursuites, a été supprimée par la loi du 28 avril 1832, et qu'actuellement on poursuit des attentats à la pudeur commis sans violence, qui n'étaient pas atteints autrefois. — Il signale enfin ce fait intéressant que le nombre des attentats sur les adultes a diminué progressivement d'environ un tiers depuis trente ans; tandis que celui des attentats sur les enfants a au contraire régulièrement augmenté, et dépasse actuellement d'un quart le chiffre inscrit il y a trente ans. En 1877, la proportion des attentats sur les enfants a été sept fois et demie plus grande que sur les adultes.

Les conditions (géographiques, sociales, physiques ou morales) qui peuvent avoir une influence sur ce genre de crime sont :

a. *Les localités.* — Elles ont une influence évidente sur les attentats aux mœurs qu'on observe surtout : dans les grands centres de population (Paris, Lyon, Versailles, Nantes, Angers, Bordeaux, Rennes, Rouen); dans les départements industriels, les attentats sur les enfants dépassent de beaucoup ceux commis sur les adultes. — En général, les premiers sont plus fréquents dans les villes, les seconds dans les campagnes.

b. *Les saisons.* — Suivant Villermé, les mois chauds (mai, juin, juillet, août) sont ceux qui fournissent le nombre le plus élevé d'attentats.

c. *L'âge des victimes.* — Sur 632 cas, Tardieu a constaté que les deux tiers des victimes n'avaient pas treize ans; il n'y avait qu'une femme au-dessus de vingt ans pour 70 au-dessous de cet âge. M. Brouardel, sur un relevé de 356 victimes, est arrivé à des résultats analogues : 211 (près des deux tiers) avaient de sept à douze ans, 5 femmes seulement avaient plus de vingt ans.

Ajoutons qu'au point de vue de la *fréquence de la défloration*, l'âge a une influence qui a été diversement interprétée : ainsi, suivant Toulmouche, le viol ne peut être consommé, la défloration complète que depuis l'âge de treize à quatorze ans. — Tardieu pense que cette limite inférieure doit être reculée jusqu'à dix ans environ; il l'a même vue descendre jusqu'à six. Les recherches de MM. Des-

coust et Brouardel sont venues confirmer l'opinion de Tardieu; et ils concluent comme lui que, si la défloration « est possible chez les petites filles, elle est le plus souvent incomplète, et que, à mesure que l'on s'élève vers l'âge nubile, elle devient à la fois plus fréquente et plus facile. » M. Brouardel ajoute que parfois les déchirures de l'hymen sont produites par des coups d'ongle et non par les efforts d'introduction du pénis.

d. *L'âge des accusés.* — D'après M. Brouardel, les inculpations pour attentats commis sur des enfants sont plus nombreuses de trente à quarante ans; pour les crimes commis sur les adultes, le maximum est de vingt et un à trente ans. Le même auteur fait remarquer que, pour les attentats commis sur des enfants âgés de moins de quinze ans, le nombre des accusés va toujours croissant avec l'âge : ainsi, sur un million d'individus âgés de vingt à trente ans, on compte 113 coupables; tandis que sur un million d'individus âgés de cinquante à soixante ans, on en trouve 152; au delà de soixante ans, le chiffre double et atteint 214.

e. *Le sexe.* — Les attentats ne sont pas toujours commis sur des individus du sexe féminin; quelquefois les rôles sont intervertis et les inculpés sont des femmes; ainsi, en 1877, la statistique donne les chiffres suivants :

Viols et attentats à la pudeur avec violence :

Sur des adultes.....	H. 117
Sur des enfants au-dessous de 15 ans.....	H. 807
Sur des enfants au-dessous de 15 ans.....	F. 12

M. Brouardel qui donne ces chiffres, ajoute que, dans ce cas, les attentats commis par les femmes ont un caractère particulièrement odieux et sont souvent commis par des domestiques sur des enfants confiés à leurs soins.

f. *L'état civil.* — Les accusations portent aussi bien sur des célibataires que sur des gens mariés et pères de famille. Les faits de ce genre s'observent souvent dans les milieux ouvriers, où le père, la mère et les enfants vivent dans la même chambre et quelquefois couchent dans le même lit.

g. Le degré d'instruction. — Il n'est pas toujours un frein à cette triste passion, un relevé de M. Brouardel le démontre amplement :

VIOLS ET ATTENTATS A LA PUDEUR.	NE SACHANT NI LIRE NI ÉCRIRE.	SACHANT LIRE ET ÉCRIRE.	AYANT REÇU UNE INSTRUCTION SUPÉRIEURE.
Sur des adultes.....	43	72	2
Sur des enfants de moins de 15 ans.....	155	513	51
Total.....	198	585	53

On voit qu'en somme l'instruction ne paraît pas être, comme on pourrait le croire, un préservatif contre ce genre de crime, puisqu'en ajoutant les chiffres des deux dernières colonnes (585 et 53) on arrive au nombre de 638, trois fois supérieur à celui des illettrés. Il est bon de faire remarquer enfin que, parmi les lettrés ou les illettrés accusés, on compte un grand nombre d'individus chargés d'instruire la jeunesse.

Des parties sexuelles chez la femme. — Pour pouvoir bien apprécier les lésions produites par les tentatives de viol ou par le viol accompli, le médecin expert doit avoir une connaissance exacte de la conformation normale des parties sexuelles de la femme. D'une manière générale, Tardieu fait remarquer que les organes présentent une telle variété, des différences individuelles tellement grandes, qu'il est impossible de trouver un type unique auquel on puisse établir une comparaison. Suivant Devergie, chez les petites filles, les parties extérieures de la génération présentent une disposition spéciale : « des deux systèmes réunis dans les mêmes parties, le système urinaire et le système génital, le premier prédomine chez l'enfant, le second chez la femme ou seulement chez la fille nubile; aussi voit-on chez les petites filles la vulve entr'ouverte à la partie supérieure et fermée au contraire à la partie inférieure. C'est le con-

traire qui a lieu chez l'adulte. » Enfin, d'après Dolbeau, on peut diviser les parties extérieures en deux régions, l'une vaginale, et l'autre vulvaire, séparées, à l'état de virginité, par la membrane hymen. En avant de celle-ci se trouve une sorte de vestibule auquel il donne le nom de canal vulvaire et dont la longueur, la profondeur, la forme et les dimensions peuvent présenter des modifications intéressantes au point de vue médico-légal. Ce canal vulvaire comprend d'arrière en avant les grandes et les petites lèvres, en haut le clitoris, le bulbe et les corps caverneux, sur les côtés, en bas la fourchette et la fosse naviculaire. Nous allons examiner successivement chacune de ces parties, sur lesquelles portent surtout les différences individuelles (Tardieu).

1° **Grandes lèvres et petites lèvres.** — En général, les *grandes lèvres* chez les vierges ont une certaine fermeté, s'appliquent l'une sur l'autre de manière à recouvrir les petites lèvres et à masquer la vulve. Hoffmann fait remarquer que cette disposition n'existe que dans les cas où l'état général de la nutrition est satisfaisant. M. Brouardel ajoute que, même en dehors de cette condition, les grandes lèvres peuvent présenter chez les petites filles une disposition particulière qui pourrait faire croire à une déformation résultant de rapports sexuels plus ou moins prématurés et répétés. Très souvent, dit-il, « les grandes lèvres, épaisses à leur partie supérieure, semblent atrophiées à leur partie inférieure ; elles vont en diminuant de volume à mesure qu'elles se rapprochent de la fourchette ; elles n'existent plus pour ainsi dire avant de l'atteindre. En même temps, l'espace décrit par Dolbeau sous le nom de canal vulvaire n'a pas au niveau de la fourchette sa largeur habituelle, et la fourchette touche presque le bord postérieur de la membrane hymen. Dans ces cas, on trouve au niveau de la fourchette un enfoncement notable, et l'orifice de l'anus est très rapproché de l'orifice vulvaire. Il semble que le bourrelet adipeux qui sépare la vulve du rectum a subi un arrêt de développement. Cette conformation a pour conséquence que, lorsque l'enfant écarte les cuisses, ce n'est pas la partie supérieure de la vulve, la partie urinaire qui se trouve ouverte, mais la partie inférieure, la partie génitale. »

Les *petites lèvres* peuvent sans doute, par suite d'onanisme, d'attouchements répétés, acquérir des dimensions démesurées et telles qu'elles dépassent les grandes lèvres, mais M. Brouardel pense qu'on a exagéré cette déformation et que, dans bien des cas, il y a là tout simplement une conformation individuelle.

2° **Clitoris.** — Il présente aussi de telles différences suivant les sujets, qu'il est difficile de préciser ses dimensions normales, et de dire si l'on est en présence d'un organe naturellement anormal ou exagéré sous l'influence d'habitudes vicieuses; dans ce diagnostic, il faudra tenir compte de l'état général, de la rougeur, de la turgescence du clitoris et de la mobilité plus ou moins grande de son capuchon.

3° **Fourchette et fosse naviculaire.** — La fourchette est une sorte de bride plus ou moins saillante tendue au devant du vagin et qui limite la partie inférieure de la vulve chez les filles vierges; derrière se trouve la fosse naviculaire, cul-de-sac plus ou moins profond qui la sépare de la membrane hymen.

4° **Hymen.** — La membrane hymen, qui, suivant l'expression de Tardieu, peut être définie « le signe physique de la virginité », a une importance capitale un point de vue médico-légal, puisque de son existence ou de sa destruction dépend la preuve du viol; aussi l'expert doit connnaitre à fond toutes les particularités de sa constitution, ses dispositions anatomiques normales et ses anomalies. Quoi qu'en aient dit certains auteurs, cette membrane existe toujours au moment de la naissance; son absence à cette époque est tellement rare que, d'après Tardieu, on n'a pu citer encore un exemple authentique de cette anomalie. Au point de vue de sa structure intime, il parait actuellement démontré, d'après les recherches de M. Budin, que l'hymen, en tant que membrane propre, spéciale, distincte, indépendante, n'existe pas; elle n'est que la continuation du vagin, un véritable repli vaginal, et ce que l'on voit lorsqu'on écarte les organes génitaux n'est autre chose que l'extrémité antérieure du vagin faisant saillie sur la muqueuse vulvaire entre les petites lèvres.

Forme. — Sa *forme* présente des différences individuelles

que Tardieu ramène à cinq types fondamentaux (voir pl. 14, fig. 1, 2, 3) : a. une forme *labiale*, presque générale chez les petites filles ; l'ouverture hyménéale consiste en une fente verticale, dont les bords sont plus ou moins rapprochés. — b. Dans le second type, l'hymen a la forme d'un *diaphragme irrégulièrement circulaire* présentant vers le tiers supérieur une ouverture circulaire plus ou moins large. Cette disposition est très fréquente, suivant Tardieu. — c. Dans le troisième type, c'est un *diaphragme régulièrement circulaire*, percé d'un *orifice central*. — d. Dans le quatrième type, l'hymen est un diaphragme *semi-lunaire*, en forme de croissant, à bord concave supérieur plus ou moins échancré et dont les extrémités vont se perdre en dedans des petites lèvres (Devilliers, Devergie). Suivant Hoffman, cette forme a été considérée à tort comme le type normal. — e. Le cinquième type est constitué par un hymen ayant la forme d'une simple bandelette circulaire ou semi-lunaire, réunie à une sorte de repli ou de frange qui double les petites lèvres et dont la hauteur varie de 2 millimètres chez les petites filles à 6 ou 8 chez les adultes (Tardieu). Quelquefois même, il n'existe qu'un simple rebord, un bourrelet annulaire faisant une légère saillie au bas de l'entrée du vagin ; cette disposition pourrait faire croire à l'absence de la membrane hymen (Toulmouche).

Anomalies. — En dehors de ces types, que Tardieu considère comme normaux, l'hymen peut présenter des anomalies que doit connaître le médecin-légiste ; ainsi il peut être : — 1° *imperforé* (Tardieu) ; — 2° *presque imperforé*, c'est-à-dire qu'il ne présente qu'une ouverture à peine visible, en quelque sorte punctiforme (Delens, Roze) ; — 3° *biperforé* : l'hymen présente deux orifices latéraux, deux pertuis de 1 à 2 millimètres de diamètre ou deux ouvertures ayant de plus grandes dimensions et séparées par une languette plus ou moins large ; — 4° *criblé de trous* (Fabrice de Hilden).

Résistance. — La membrane hyménéale subit des modifications profondes avec l'âge, surtout au point de vue de son épaisseur et de la résistance qu'elle peut présenter. Suivant Tardieu, le changement le plus remarquable consiste dans le relâchement de l'hymen, qui, à mesure qu'il se développe et cède à l'effort menstruel, présente moins de résistance.

D'après M. Brouardel, les formes *labiées* et *annulaires* sont celles qui se laissent distendre avec le plus de facilité, et, il insiste tout particulièrement sur ce point : c'est ainsi qu'il a pu, chez des petites filles nouveau-nées, introduire dans le vagin, très facilement et sans produire de déchirures, une grosse sonde en gomme de 9 millimètres de diamètre. « Cette dilatabilité excessive, dit-il, persiste quand la jeune fille devient nubile, et elle permet alors, sans que l'hymen se rompe, des rapprochements sexuels répétés. » Aussi conclut-il de ses observations que, « lorsque le médecin légiste constatera chez une petite fille âgée de douze ans au moins la présence d'un hymen à bords annulaires, à orifice labié, *l'intégrité des bords de la membrane ne sera pas pour lui la preuve que l'introduction du pénis en érection n'a pas pu avoir lieu, et sa dilatabilité ne suffira pas non plus à démontrer qu'il y a eu des rapprochements sexuels répétés.* » La forme *semi-lunaire* se laisse également dilater avec facilité par une pression un peu prolongée. M. Brouardel signale une particularité importante à connaitre au point de vue de l'examen : la membrane hymen est tendue, présente une certaine résistance et ferme l'orifice vaginal lorsque les cuisses sont fortement écartées ; elle se relâche au contraire lorsque celles-ci sont rapprochées, et forme un pli à saillie extérieure en arrière duquel on peut facilement passer une sonde ou l'extrémité du petit doigt, sans faire appel à sa distension.

« Tout dépend, ajoute-t-il, de la hauteur du repli, de son épaisseur et de la position dans laquelle se trouve la jeune fille. *Le problème à résoudre est donc individuel*, et rien ne serait plus éloigné de la vérité que de conclure de la simple constatation de l'hymen à l'impossibilité d'un coït antérieur. » Dans les cas où l'orifice est extrêmement étroit et percé dans un hymen inextensible, l'intégrité de ce dernier prouve bien l'absence d'intromission, mais ne démontre pas, suivant Delens, qu'il n'y a pas eu des tentatives de rapports sexuels.

5° **Caroncules myrtiformes** (Voir pl. 14, fig. 4, 5, 6). — On admettait autrefois que les caroncules myrtiformes résultaient de la rupture de l'hymen par suite des premiers rap-

prochements sexuels; Schrœder a démontré que, dans ces conditions, l'anneau vaginal restait absolument intact, il n'y a pas de perte de substance et les traces de l'hymen ne disparaissent pas; les déchirures déterminent des lambeaux à forme triangulaire dont la base est dirigée en dehors, et le sommet en dedans; les lambeaux ne prennent jamais la forme de mamelons, de tubercules ou de languettes isolées. D'après M. Budin, ils n'affectent cette conformation que plus tard après l'accouchement, qui déchire complètement l'anneau vaginal; les lambeaux ainsi formés se séparent et, en se cicatrisant isolément, prennent l'apparence de tubercules; c'est alors seulement qu'on peut leur donner le nom de caroncules myrtiformes.

6° **Urèthre et bulbe.** — Au point de vue médico-légal, ces organes ne présentent rien de particulier.

7° **Vagin.** — Les dimensions de son orifice sont très variables; il y a là une question d'âge, de conformation individuelle et surtout d'habitude. D'après Tardieu, chez l'enfant à l'état normal, il admettra l'extrémité d'une plume; plus tard et vers la puberté, à peine l'extrémité du petit doigt, rarement même chez la femme adulte plus du bout du doigt indicateur. Il en est de même du canal vaginal, dont les dimensions sont très variables suivant les conditions individuelles.

8° **Squelette.** — Le bassin présente chez les petites filles une conformation dont il faut tenir compte lorsqu'il s'agit d'apprécier la question de viol ou d'attentat : les deux branches du pubis sont si peu écartées qu'elles s'opposent à l'introduction du membre viril, et rendent le plus souvent impossible la défloration complète chez les petites filles.

Signes de l'attentat à la pudeur. Examen de la victime. — Au point de vue médical, on doit entendre par *attentat à la pudeur*, suivant Tardieu, « tout acte attentatoire à la pudeur, quelle qu'en soit la nature, consommé ou tenté, avec ou sans violence, sur une personne de l'un ou l'autre sexe, mais sans défloration s'il s'agit d'une vierge ou sans intromission complète s'il s'agit d'une femme qui n'est plus vierge. »

Un premier fait à établir, c'est que, dans les recherches

relatives aux attentats à la pudeur, on peut arriver quelquefois à des résultats *absolument négatifs;* par exemple lorsqu'il s'agit de simples attouchements ou de manœuvres qui n'ont laissé aucune trace, bien que les faits soient parfaitement avérés et reconnus par des témoins ou par l'inculpé lui-même; mais le plus souvent, en raison de la délicatesse des organes chez l'enfant ou de la violence des attouchements, il existe des *signes positifs* qui permettent de reconnaître les traces de ces actes criminels. — Ces signes se retrouveront sur la *victime* ou sur l'*inculpé*.

Ajoutons enfin que, dans l'appréciation de ces sortes d'attentats, il faudra distinguer entre les *actes récents* et *isolés* ou les *actes anciens* et *répétés*, dont les signes sont bien différents.

D'une manière générale, le diagnostic s'établira d'après l'examen des organes génitaux, de la vulve, de l'anus et quelquefois de la bouche.

A. **Examen de la vulve.** — La vulve peut être *irritée*, *enflammée*, *ulcérée* ou *déformée*.

a. *Irritation de la vulve.* — On ne constate quelquefois qu'un peu de rougeur et de chaleur de la région vulvaire; aussi l'expert ne doit-il dans ce cas se prononcer que sous toutes réserves.

b. *Inflammation de la vulve, vulvite.* — Cette vulvite est caractérisée par le gonflement et la tuméfaction des grandes et des petites lèvres, qui sont rouges et douloureuses; la membrane hymen et l'entrée du vagin sont également le siège d'une douleur et d'une rougeur plus ou moins vives; quelquefois on trouve des excoriations, des érosions superficielles et même de véritables ulcérations; enfin sur les grandes lèvres des ecchymoses que certains auteurs (Briand et Chaudé) ont données comme caractéristiques de ce genre d'inflammation. Suivant Tardieu, ce n'est pas une lésion inflammatoire, mais le résultat des violences exercées sur la région vulvaire. Enfin on constate un écoulement purulent, d'un jaune verdâtre, très abondant, qui baigne toutes les parties extérieures et souille même les vêtements et la chemise de l'enfant. C'est là, d'après Tardieu, le signe capital de cette vulvite traumatique, qui évolue avec une

grande rapidité et débute, surtout chez les enfants très jeunes, quelques heures après l'attentat; le plus ordinairement, les premiers symptômes n'apparaissent qu'au bout de deux ou trois jours, rarement plus, et s'annoncent par une cuisson, une sensation de chaleur et de douleur qui provoque chez l'enfant des attouchements répétés. Cet état inflammatoire arrive rapidement à un état d'acuité qu'on n'observe pas dans les autres variétés de vulvite.

Le diagnostic de la vulvite traumatique résultant d'un attentat à la pudeur n'est pas, quoi qu'en dise Tardieu, toujours facile à poser; M. Brouardel insiste tout particulièrement sur ce point qu'il est souvent très difficile de reconnaître la vulvite catarrhale ou purulente spontanée, de la vulvite traumatique et de la vulvite blennorrhagique; il en est de même des diverses espèces d'ulcérations. Il recommande donc à l'expert de multiplier ses visites, de ne jamais se prononcer d'après un seul examen, et de ne poser ses conclusions qu'après avoir suivi la marche de la maladie. On peut en effet se trouver en présence de : 1° une *vulvite constitutionnelle* ou *spontanée*, qui peut être chronique ou aiguë. Dans la forme chronique, on observe un écoulement muqueux ou muco-purulent avec un peu de rougeur de la muqueuse vulvaire et peu de douleur, mais en même temps des lésions scrofuleuses qui ont accompagné ou précédé l'inflammation de la vulve (maux d'yeux, engorgement ganglionnaire, écoulements par les oreilles, impétigo du cuir chevelu, etc.). Dans la forme aiguë, la rougeur est intense, envahit quelquefois la partie supérieure des cuisses et la marge de l'anus, l'écoulement est muco-purulent ou franchement purulent, jaune verdâtre, et gagne quelquefois le vagin; l'orifice de l'urèthre est tuméfié, la miction douloureuse; la marche est difficile. Suivant M. Brouardel, cette vulvite spontanée peut, dans certains cas, prendre un caractère d'acuité tout à fait identique à celui de la vulvite traumatique ou blennorrhagique. Ajoutons enfin qu'elle peut être contagieuse et épidémique (Jullien). — 2° Une *vulvite traumatique*, dont nous avons indiqué plus haut les caractères. M. Brouardel fait remarquer que les ecchymoses, les excoriations, les déchi-

rures ne peuvent être dues qu'à des violences, mais que ces cas sont de beaucoup les plus rares, et que le plus souvent on se trouve en présence d'une inflammation de la vulve dont la cause est difficile à préciser ; l'expert devra surtout se prononcer d'après la marche de l'affection ; l'époque de l'apparition de la douleur est très variable et ne peut donner des indications bien précises ; suivant M. Brouardel, « la douleur provoquée par un traumatisme portant sur les organes génitaux a un maximum de suite après l'acte ; puis elle subit une nouvelle exaspération lorsque l'inflammation se développe, et atteint toute son intensité, vers le troisième ou quatrième jour. » Quant à sa durée, elle est également variable et dépend surtout de l'état général de l'enfant : ainsi elle dépassera rarement douze à quinze jours chez une enfant saine et bien portante ; elle peut rester à l'état aigu beaucoup plus longtemps ou passer à l'état chronique chez une enfant lymphatique et mal nourrie. — 3° Une *vulvite blennorrhagique*. Celle-ci présente les mêmes caractères locaux que les deux formes précédentes ; mais, d'une façon générale, son intensité est plus grande, l'écoulement purulent plus abondant, sa couleur plus verdâtre ; on note enfin une saillie plus ou moins marquée des glandes folliculeuses des petites lèvres ; mais il n'y a là rien de bien caractéristique et qui suffise pour la faire distinguer à première vue de la vulvite aiguë spontanée ou traumatique (Brouardel). Tardieu signale cependant, comme spécial à la vulvite blennorrhagique, la *turgescence extraordinaire des vaisseaux* de l'entrée de la vulve et du vagin ; « ils offraient, dit-il, dans les cas qu'il a observés, tout à fait l'apparence que présentent si fréquemment les veines de la verge gonflée, et le prépuce turgescent chez les individus atteints d'une chaudepisse très aiguë. » Ce signe, d'après M. Brouardel, est loin d'être constant, et ne permet pas en tout cas d'affirmer à coup sûr l'origine blennorrhagique de la maladie. L'*uréthrite*, de l'aveu de tous les auteurs (Tardieu, Ricord, Cullerier, Rollet), est un signe d'une très grande importance sans avoir cependant une valeur absolue ; suivant M. Brouardel, il y a lieu de faire des réserves surtout pour les petites filles, car on a vu ces uréthrites survenir également à la suite de

traumatisme (Casper et Liman), mais elles durent beaucoup moins longtemps que l'uréthrite d'origine blennorrhagique.

Le diagnostic de la vulvite d'origine spécifique s'établira surtout d'après la *marche* et la *durée* totale des symptômes : tandis que la vulvite traumatique évolue en quinze ou vingt jours, la vulvite blennorrhagique demande beaucoup plus longtemps pour arriver à la guérison complète. M. Brouardel fait remarquer que ce qui vient encore augmenter la difficulté du diagnostic, c'est que, chez les enfants strumeuses, lymphatiques, on peut observer un engorgement des ganglions inguinaux, dans toutes les formes de vulvite et pas seulement dans la vulvite blennorrhagique : il a constaté cependant que, d'une manière générale, les ganglions sont plus tuméfiés dans la vulvite de cause spécifique, un peu moins dans la vulvite traumatique et encore moins dans la vulvite spontanée ou constitutionnelle.

c. *Ulcérations de la vulve.* — Les ulcérations qu'on peut observer à la région vulvaire sont : le chancre induré, le chancre mou, les plaques muqueuses, les ulcérations herpétiques, enfin des ulcérations superficielles résultant de l'intensité d'une vulvite traumatique, blennorrhagique ou spontanée.

Le diagnostic entre le *chancre induré* et le *chancre mou* est généralement facile d'après les caractères mêmes de l'induration. Quand le chancre est bien développé, suivant M. Brouardel, cette induration n'a de valeur que lorsque l'ulcération n'a pas été cautérisée ; il fait remarquer d'ailleurs avec M. Fournier que, « sans être absolument constante, l'induration du chancre syphilitique chez la femme est tellement habituelle, tellement commune que l'on peut taxer d'exceptionnels les cas où elle fait défaut. » — Les *plaques muqueuses* sont également faciles à reconnaitre ; il n'en est pas de même des *érosions de la vulve*, qu'on peut au début confondre avec un chancre naissant syphilitique ou herpétiforme, avec de l'herpès vulvaire ulcéré. Suivant M. Alfred Fournier, il est impossible de distinguer un chancre à sa période embryonnaire : c'est une simple érosion, comme toutes les érosions possibles ; il faut attendre pour se prononcer ; — à une période plus avancée, l'érosion simple

se distinguera de l'érosion chancreuse par l'absence de deux signes capitaux, l'induration et l'adénopathie : si cette dernière n'a pas paru *une* ou *deux semaines après le début de l'érosion*, ce n'est pas un chancre. — Le diagnostic avec les différentes variétés d'*herpès* s'établira, d'après M. Fournier, par les caractères suivants : l'*absence de prurit*, de démangeaisons pour le chancre, qui est une lésion *a-prurigineuse* par excellence, tandis que l'herpès au début est toujours le siège d'un *feu* plus ou moins intense; — l'*état des ganglions*, qui présentent un engorgement multiple (pléiade), indolent, dur et persistant dans le chancre, tandis que le plus souvent dans l'herpès il n'y a pas de retentissement ganglionnaire; — l'*état de la base de la lésion;* cette base, souple dans l'herpès, est constamment ou presque constamment indurée dans le chancre; — le *tracé circonférenciel* de la lésion; ce signe, dit M. Fournier, est peut-être minutieux, mais il est réel et très distinctif : « si l'on examine le contour d'un chancre, on le trouve représenté soit par un cercle d'un certain diamètre, soit par un ovale plus ou moins régulier, soit par une forme quelconque non géométrique, irrégulière; si l'on examine au contraire le contour d'un large herpès, on le voit curieusement figuré par une série de circonférences incomplètes ; ou du moins on reconnait sur quelques points de son contour de *petits segments de circonférence* très régulièrement dessinés ; » — enfin l'*évolution de la lésion;* c'est là le meilleur des signes : l'herpès se guérira rapidement sans aucune autre manifestation, tandis que le chancre mettra longtemps à se cicatriser, et, au bout de quelques semaines, apparaitront des accidents généraux. M. Fournier signale enfin un piège possible : c'est « l'*existence simultanée* des deux lésions qu'on cherche à distinguer, la coexistence de l'herpès et du chancre sur le même sujet, au même siège et dans le même temps, coexistence fréquente du reste. » — L'herpès vulvaire peut enfin être confondu avec des *plaques muqueuses*, et dans certains cas la différence est très difficile à établir (Brouardel); on se basera surtout sur l'évolution de la maladie et sur l'absence de la tuméfaction du derme dans l'herpès, caractère constant dans les plaques muqueuses, comme l'a dé-

montré M. Cornil. — Enfin la *vulvite* elle-même peut, dans certains cas, déterminer non seulement des érosions, mais de véritables ulcérations qu'on pourrait prendre pour un chancre. M. Alfred Fournier donne à cette variété le nom de *vulvite ulcéreuse chancriforme;* le diagnostic est parfois d'une difficulté extrême, même dans les cas où la nature de la lésion paraît absolument hors de doute à un premier examen. Aussi M. Brouardel conclut-il avec M. A. Fournier qu'il ne faut *jamais diagnostiquer* le chancre par le chancre, mais d'après un ensemble de signes se confirmant les uns les autres, d'après l'évolution *totale* et complète de la lésion, évolution comprenant comme premier terme le *chancre*, accident initial de la maladie, et comme second terme, plus probant et plus essentiel, les *manifestations diathésiques* secondaires; il faut donc avant tout *savoir attendre*.

d. *Déformations de la vulve.* — Les actes répétés déterminent à la longue des déformations caractéristiques de la vulve, ainsi qu'une excessive précocité qui contraste souvent avec l'âge et l'aspect général de l'enfant : les organes sexuels prennent un développement prématuré et exagéré; les grandes lèvres sont épaissies, écartées a la partie inférieure, la vulve largement ouverte, les petites lèvres parfois tellement allongées qu'elles dépassent les grandes; le clitoris, hypertrophié, acquiert quelquefois des dimensions extraordinaires, comme dans les cas d'onanisme invétéré; de plus, il est souvent rouge, en partie découvert, et entre en érection au moindre attouchement; — toutes les parties constituantes de la vulve, ainsi que la membrane hymen, dans les cas où l'étroitesse des parties et la résistance de l'arcade pubienne empêchent l'intromission du pénis, sont refoulées, et il se forme aux dépens du canal vulvaire une sorte d'*infundibulum* plus ou moins profond qui rappelle l'infundibulum anal caractéristique de la pédérastie (Tardieu); le périnée est rarement intéressé dans cette déformation, mais la fourchette peut disparaître complètement; — le plus souvent, l'hymen est aminci, rétracté, comme atrophié, réduit à une sorte d'anneau qui laisse béant l'orifice dilaté du vagin; cette déformation varie du reste suivant l'âge de l'enfant. Chez les jeunes filles réglées ou

dans des cas très rares, une névrose rebelle de la vulve.

d. **Troubles généraux.** — Le viol peut déterminer des accidents généraux plus ou moins graves, qui peuvent être : 1° *immédiats* et *passagers*, comme la syncope, le délire, les convulsions, une fièvre plus ou moins violente, une sensation de brisement et de fatigue avec des douleurs déchirantes dans la poitrine (Tardieu); — 2° *secondaires* et *prolongés*, tels que des troubles de la menstruation, de la gastralgie, des palpitations, des accidents hystériques, choréiques ou épileptiques chez les petites filles; dans les cas de rapprochements répétés et datant de longtemps, une altération profonde de la constitution : le visage est pâle, le teint plombé, le regard éteint, les yeux cernés, la peau sèche; les digestions sont lentes et difficiles; l'enfant est facilement essoufflée et d'une faiblesse extrême.

Dans certains cas enfin, le viol peut être suivi de mort, soit que la victime, ne pouvant survivre à son deshonneur, se soit suicidée; soit que le viol n'ait été que le prélude de l'assassinat et que l'inculpé, en tuant sa victime, ait voulu faire disparaître le témoin de son crime : très souvent, dans ce dernier cas, le genre de mort est la strangulation; quelquefois la mort survient à la suite de complications provoquées par l'attentat, comme une syncope, un accès de délire aigu, un paroxysme convulsif, une méningite suraiguë, une hémorrhagie du petit bassin, une inflammation des ovaires ou du péritoine.

Signes communs aux attentats à la pudeur et au viol. — En dehors de ces signes, propres à ces deux ordres de faits criminels, il en existe qu'on peut observer en même temps dans l'un et l'autre cas, ce sont : les accidents vénériens et les taches qui restent sur les vêtements et les linges de la victime.

Accidents vénériens. — Sur 179 cas dans lesquels Tardieu a observé un écoulement, 123 fois cet écoulement était dû à une inflammation simple, 56 fois à une lésion de nature *blennorrhagique*. La *syphilis* est plus rare; Tardieu ne l'a observée que 35 fois. L'expert, quelle que soit l'époque à laquelle il procède à l'examen de la victime, devra étudier et décrire avec beaucoup de soin les caractères de l'affection syphi-

litique, le genre et la forme de la lésion, son siège et enfin la période à laquelle elle appartient.

Taches. — Au moment de l'attentat ou très peu de temps après, on peut trouver sur le corps de la personne ou sur ses vêtements des taches de *sang* ou de *sperme;* à une époque plus éloignée, une sécrétion *mucoso-purulente* qui baigne plus ou moins les organes génitaux. Ces différentes humeurs laissent des taches qui souvent sont très caractéristiques. mais qui n'ont pas, comme le professait Devergie, de siège spécial (Tardieu).

Examen de l'inculpé. — L'examen que l'expert aura à faire de l'inculpé peut porter sur son *état mental*, mais le plus souvent a pour objet sa *conformation physique;* il aura à examiner : 1° la forme et le volume du membre viril, pour reconnaître s'il est en proportion avec les organes de la victime, et les désordres produits par l'intromission; — 2° la force physique de l'accusé, pour apprécier la résistance qu'il a pu vaincre; — 3° les vices de conformation invoqués par l'inculpé pour prouver que l'attentat n'était pas possible (hernies, hypospadias, orchite, phymosis, etc.); — 4° les signes particuliers remarqués par la victime au moment même de l'attentat, et qui peuvent servir à reconnaître l'identité du coupable ; — 5° les traces de rixe ou de lutte (contusions, égratignures, morsures) qui peuvent exister sur les parties sexuelles, au visage ou sur les mains; — 6° enfin l'existence d'une maladie contagieuse dont on retrouverait les traces à la fois sur la victime et l'accusé, comme certaines affections de la peau, des parasites, la blennorrhagie ou la syphilis.

Attentats commis par des femmes sur de petits garçons. — Tardieu a recueilli 10 cas d'attentats commis par des femmes sur de petits garçons. Suivant Taylor, ce crime est presque inconnu en Angleterre; il est très rare en France. Le plus souvent, ce sont des domestiques qui abusent des enfants confiés à leurs soins. Ces enfants, dit Tardieu, « présentaient tous les signes d'une fatigue générale excessive, due à ces excès prématurés. Leur figure était pâle, leurs yeux cernés, la peau chaude et sèche, le pouls accéléré, le ventre douloureux et tendu, les aines gonflées et sensibles,

les cuisses et les jambes brisées, les parties sexuelles très développées, le pénis long et demi turgescent, le gland facilement découvert, l'ouverture de l'urèthre rouge et enflammée, parfois humectée par un suintement muqueux d'un blanc grisâtre, les bourses flasques et le cordon très douloureux. »

Suivant Tardieu, l'examen de l'inculpée doit avoir lieu d'après les mêmes principes que précédemment : l'expert cherchera à recueillir tous les signes capables d'établir l'identité de l'accusée et ses rapports avec la victime; quelquefois, c'est un vice de conformation, une étroitesse anormale du vagin, qui ne permettant des rapports sexuels avec un adulte, a donné à une femme débauchée l'idée de séduire un enfant.

Attentats commis par des femmes sur des personnes de leur sexe. — Les faits de ce genre susceptibles de donner lieu à une action judiciaire sont extrêmement rares. Tardieu en a observé seulement 4 cas; il fait observer qu'il ne s'agit pas dans ces cas d'un genre de débauche spécial connu à Paris sous le nom de tribades, mais de faits contre nature prenant parfois « un caractère de violence et d'agression véritablement attentatoires », qui peuvent nécessiter l'intervention de la justice et qui exigent l'intervention médicale pour constater la nature de l'acte en lui-même. Il s'agissait dans ces faits de pratiques honteuses exercées par des femmes sur des enfants confiés à leurs soins, et même dans un cas par une mère sur sa propre fille !

En ce qui concerne les *tribades*, Casper pense que l'expert doit se déclarer incompétent, parce qu'il n'existe pas de signes scientifiques sur lesquels il puisse baser ses conclusions.

Conduite de l'expert. — Au point de vue des visites et des rapports relatifs aux attentats à la pudeur et au viol, Tardieu donne quelques préceptes sur la manière de procéder : pour les visites corporelles, les victimes en comprennent généralement la nécessité et s'y prêtent sans trop de difficulté ; il est bon dans ces cas délicats de se faire assister d'une femme, principalement de la mère ou d'une parente, s'il s'agit d'une jeune fille ; — dans les cas où la victime se refuse absolument à cet examen médical, l'ex-

pert ne doit jamais passer outre, mais consigner le fait dans son rapport, après avoir informé la personne des conséquences que peut entrainer ce refus; — autant que possible, on ne devra jamais faire la première visite au moment des règles, ou alors il faudra la renouveler après cette époque.

Casper fait remarquer qu'une des grandes difficultés dans le diagnostic des attentats à la pudeur, vient de ce que la victime n'est souvent soumise à l'examen du médecin légiste que longtemps après l'accomplissement du crime, et que bien des signes peuvent avoir disparu.

En ce qui concerne le rapport, Tardieu recommande à l'expert : d'éviter de consigner « les récits et les déclarations que ne manquent jamais de leur faire les parties intéressées » ; — de ne pas laisser voir les impressions morales qu'il a pu ressentir ; — enfin, dans ses conclusions, pour les cas négatifs, l'expert ne doit pas « se contenter d'énoncer des signes négatifs lorsque les faits ont pu avoir lieu sans laisser de traces ; il faut alors, pour être complètement vrai, indiquer au moins la possibilité du fait, même en l'absence des signes positifs qui motiveraient des conclusions plus formelles. »

Casper insiste encore sur le *diagnostic psychologique*, dont l'importance est si grande dans une question où l'expert est en présence de tant de causes d'erreurs et de tant de mensonges ; il recommande : d'examiner le sujet à l'improviste, sans le prévenir, et de suivre avec beaucoup d'attention les faits qu'il raconte pour en saisir les contradictions ; — lorsqu'il s'agit d'enfant, d'étudier la manière d'être de la mère et l'entourage de l'enfant ; — de ne pas adresser à ce dernier des questions trop pressantes, car on finirait par lui faire avouer ce qui n'est pas.

Questions médico-légales. Les questions médico-légales soulevées par les attentats aux mœurs et le viol sont extrêmement nombreuses. Tardieu en indique jusqu'à 25, et encore fait-il remarquer qu'il peut en surgir d'autres dans tel ou tel cas particulier. Celles auxquelles l'expert peut avoir le plus souvent à répondre sont les suivantes :

1° **Existe-t-il des traces d'un attentat ?** — Cette question ne présente généralement pas de difficulté : il suffit

d'examiner les organes sexuels, l'absence ou la présence des signes d'inflammation ou des violences que nous avons indiquées précédemment. Il faudra en outre déterminer si l'attentat est *ancien* ou *récent* et s'il résulte d'une violence isolée ou d'actes répétés. On se basera pour établir le diagnostic sur l'acuité plus ou moins grande des phénomènes inflammatoires, sur la couleur et la consistance de l'écoulement, et principalement, en ce qui concerne la répétition des actes, sur l'existence de la déformation infundibuliforme de la vulve chez les petites filles. Tardieu considère cet infundibulum comme la caractéristique de rapports sexuels multipliés, M. Brouardel pense que ce signe n'a pas une valeur absolue.

2° **Les lésions constatées ne sont-elles pas dues à de mauvaises habitudes ?** — L'onanisme invétéré, en dehors des troubles généraux qu'il provoque, détermine localement des phénomènes d'irritation (rougeur livide de la muqueuse vulvaire et des bords de l'hymen, écoulement séreux très pâle, etc.), difficiles à confondre avec l'inflammation suraiguë résultant des violences de l'attentat à la pudeur ; de plus, le clitoris présente un volume anormal, une élongation quelquefois considérable ; les petites lèvres sont flasques, plus ou moins longues ; enfin il n'y a pas d'enfoncement infundibuliforme. L'expert ne doit pas oublier aussi qu'il peut y avoir eu attentat à la pudeur chez un enfant ayant de mauvaises habitudes ; il devra différencier et indiquer dans son rapport la coïncidence de cette double circonstance et la nature des lésions dues à ces deux causes.

3° **L'écoulement a-t-il été communiqué?** — Cette question est souvent difficile à résoudre, parce qu'il n'existe pas à proprement parler de signes différentiels absolus entre l'écoulement résultant de l'inflammation simple de la vulve et l'écoulement blennorrhagique. Suivant Tardieu, on se basera surtout sur la turgescence excessive des vaisseaux de l'entrée de la vulve et du vagin, sur l'acuité particulière de l'inflammation, et enfin sur la marche de la maladie. M. Brouardel ainsi que M. Fournier insistent tout particulièrement sur ce dernier point, et pensent que dans la majorité des cas, il faut bien se garder de se prononcer à première vue et sur un seul examen.

4° **Y a-t-il eu défloration?** — La solution de cette question n'est pas aussi simple qu'elle paraît l'être en apparence, et les auteurs classiques sont loin d'être d'accord : d'après la définition même du mot, la défloration, c'est-à-dire la déchirure de l'hymen, serait le signe caractéristique de la perte de la virginité; or il résulte des faits observés qu'il n'en est pas toujours ainsi : suivant Briand et Chaudé, « la présence de l'hymen n'est pas un signe infaillible de la virginité, et son absence est bien moins encore une preuve certaine que la virginité n'existe plus. » Orfila va même plus loin et pense « qu'on ne peut affirmer qu'il y ait eu défloration, à moins qu'on n'établisse qu'il y a eu accouchement. » Tardieu s'élève contre cette manière de voir ; il admet sans doute, avec Casper, Taylor, Parent-Duchâtelet, que, dans certains cas rares, la fécondation et la grossesse ont pu se produire avec persistance de la membrane hymen; mais il pense que la question ne doit pas se borner à la simple constatation du fait de l'existence ou de l'absence de l'hymen; l'expert devra examiner attentivement l'état matériel des organes; quand la membrane hymen existe, en noter avec soin les caractères; « si elle est résistante ou fortement tendue au-devant du vagin, si l'ouverture est étroite, il n'y a pas lieu d'admettre l'intromission; mais si, au contraire, elle est relâchée de manière à ne former qu'un voile flottant à l'entrée du vagin élargi, il est évident qu'elle peut se prêter sans se rompre à une intromission même complète. Dans le cas où l'hymen n'existe plus, il y a à constater que la non-existence est plus apparente que réelle, quels sont les caractères de la déchirure, la forme des débris, le degré de rétraction des lambeaux, signes qui ne permettent pas de reconnaître l'état réel de cette membrane et la cause de son absence. » (Tardieu.)

En somme, bien que les signes fournis par l'absence ou la présence de l'hymen n'aient pas une valeur absolue, il ne faut pas en conclure qu'on puisse passer ce signe sous silence, et que l'expert ne doive lui accorder aucune importance.

5° **La défloration est-elle récente ou ancienne?** — La défloration *récente* se reconnaîtra, comme nous l'avons vu précédemment, à l'état de la plaie hyménéale, dont la cica-

trisation peut se prolonger jusqu'au quinzième et vingtième jour, suivant Tardieu, c'est-à-dire beaucoup plus tard que l'époque indiquée par la plupart des auteurs. — La date de la défloration *ancienne* ne peut être déterminée d'une façon précise, mais l'expert peut au moins affirmer si elle remonte oui ou non à l'époque indiquée par la victime. Ce renseignement, quoique négatif, peut avoir une certaine importance.

6° **Existe-t-il des signes de débauche habituelle ?** — Chez les petites filles, on se basera sur l'état plus ou moins flétri des organes sexuels et sur leur développement prématuré ; mais il sera difficile de se prononcer d'une manière absolue. Chez une femme, on se rappellera qu'en général, après un seul rapprochement, les lambeaux de l'hymen restent affrontés, sans se réunir, et se cicatrisent sur place, tandis qu'à la suite de rapprochements répétés ces lambeaux se rétractent plus ou moins ; Tardieu insiste tout particulièrement sur la valeur de cette rétraction des débris de la membrane hymen. Il recommande enfin à l'expert d'examiner les parois abdominales et de s'assurer qu'il n'y a pas eu de grossesse antérieure.

7° **La défloration résulte-t-elle de l'intromission du membre viril, d'attouchements forcés, d'accidents ou de maladie ?** — La membrane hymen peut être en effet déchirée par un autre mécanisme que par le rapprochement sexuel. Les principales causes, du reste fort rares, sont : a. l'*onanisme* et l'introductien de *corps étrangers* dans le vagin ; ces manœuvres ne déterminent pas en général des déchirures violentes et profondes, comme dans la défloration criminelle (Fodéré) ; — b. les *accidents* (blessures des organes génitaux, chutes sur des corps aigus et tranchants), un saut violent, l'exercice du cheval ; ces causes exceptionnelles produisent des déchirures de l'hymen absolument différentes de celles dues à l'intromission du membre viril ; — c. l'*introduction* brutale des doigts à travers la membrane hyménéale au milieu des tentatives criminelles dont une femme peut être l'objet, sans que le viol ait été consommé ; — d. les *maladies locales*, comme un chancre, une dartre rongeante, une gangrène de la vulve ; ces diverses affections ont des

caractères spécifiques qui les feront aisément reconnaître.

Tardieu conseille à l'expert, dans ces circonstances exceptionnelles, la plus grande réserve dans les conclusions de son rapport ; il devra dire « non pas que la défloration est le résultat de l'intromission du membre viril, mais qu'elle est la conséquence de l'introduction plus ou moins violente et complète d'un corps volumineux et dur comme le membre viril. »

8° **Y a-t-il d'autres traces de violences que la défloration ?** — Ces traces de violences s'observent généralement à la face, au cou, sur les bras, les cuisses, les reins ; mais il faudra examiner le corps tout entier et chercher, d'après les lésions observées, à faire reconnaître la position du coupable et les diverses particularités du crime.

9° **La mort a-t-elle été la conséquence du viol ?** — La mort est très rarement la conséquence directe du viol (Tardieu), et le médecin légiste doit chercher à établir quelle est la cause réelle, soit d'après les données de l'autopsie, soit d'après l'ensemble des symptômes et des troubles qui ont suivi immédiatement l'attentat et précédé la mort.

10° **Le viol a-t-il été suivi de meurtre ?** — Le fait n'est pas rare, et souvent les traces du viol peuvent être atténuées ou même effacées par celles de l'assassinat (Tardieu). Le diagnostic se déduira de la position du cadavre, des particularités du fait même, mais surtout de l'examen microscopique des liquides contenus dans l'intérieur du vagin et de l'utérus. Il est bon de faire remarquer toutefois que l'absence de sperme dans ces organes ne prouverait nullement que la violence n'a pas été accomplie.

11° **Une femme peut-elle être déflorée ou violée sans le savoir, notamment dans le sommeil ou sous l'influence du magnétisme ou de l'électricité ?** — Ces questions se présentent presque exclusivement dans les cas de défloration ou de viol commis sur des jeunes filles nubiles ou des femmes faites. Les circonstances qui peuvent enlever à la femme l'exercice de ses sens et faire admettre que vraisemblablement elle a pu être violée à son insu sont : le *sommeil*, le *narcotisme*, le *magnétisme*, un *état nerveux particulier*, l'*idiotisme*, l'*imbécillité* ou la *folie*, ou bien enfin la *surdi-mutité*.

Suivant Tardieu et Casper, le *sommeil*, si profond qu'il soit, ne peut pas permettre la défloration, c'est-à-dire une première approche qui s'accompagne toujours d'une certaine douleur ; il n'en est pas de même pour une femme habituée au commerce sexuel, et l'on peut admettre que l'acte a pu être consommé à son insu pendant le sommeil. Il en est de même pour l'*état narcotique*, *anesthésique* ou *cataleptique* qui livre la femme sans défense.

D'après les recherches de Dolbeau (*De l'emploi du chloroforme au point de vue de la perpétration des crimes et délits*), il parait démontré qu'une femme endormie, soumise à l'action des vapeurs de chloroforme, se réveillerait en sursaut, et le viol, dans ces conditions, semble impossible à l'insu de la femme. Peut-être avec de grandes précautions, surtout chez les petites filles, pourrait-on ne pas interrompre le sommeil, et un attentat pourrait alors être commis sans que la personne en eût conscience (Tardieu).

Quant au *sommeil magnétique*, il existe réellement et annihile complètement la volonté du sujet; mais la question est des plus délicates et sur ce point Tardieu partage l'opinion de Devergie, qui disait : « Je crois qu'une fille de dix-huit ans peut, en thèse générale, avoir été déflorée et rendue mère, contrairement à sa volonté, dans le sommeil magnétique. Ceci est une affaire d'observation et de sentiment personnel ; mais, en dehors du sommeil magnétique, il y a tant de mensonges, que je ne saurais aller plus loin. Le sommeil magnétique est fictif ou réel : fictif, en ce sens que toutes les personnes qui donnent des consultations ou des représentations de magnétisme ne sont jamais endormies ; réel, et alors tout rapport, tout sentiment de relation peut être interdit par le sommeil ; la sensibilité peut être émoussée et même éteinte, partant la femme dans l'impossibilité de se défendre. » Enfin, dans certains cas, le défaut de conscience ou de résistance vient de la faiblesse intellectuelle de la femme ; c'est ainsi qu'on voit de pauvres *idiotes* devenir les victimes des individus qui sont chargés de les garder.

12° **Le viol peut-il être suivi de grossesse ?** — Cette question, qui parait naïve de nos jours, était très discutée à

une époque où l'on admettait que, pour que la conception pût avoir lieu, il fallait la participation active des sens de la femme (Tardieu).

13° **Une femme qui résiste peut-elle être violée par un homme seul ?** — La question a son importance, parce que l'examen comparatif des forces de la victime et de l'accusé pourrait avoir pour conséquence, suivant les conclusions de l'expert, de faire poursuivre un individu ou plusieurs. Il devra donc examiner avec soin les conditions du fait en lui-même, et rechercher surtout si quelque circonstance, comme une syncope, n'a pas pu paralyser momentanément la résistance de la femme. Ajoutons qu'en général cette question se pose non dans les attentats sur les petites filles, mais dans les cas de viol accompli sur une femme.

14° **Quelle est la nature de la maladie dont est affectée la victime ?** — La détermination de cette maladie résultera de l'examen des organes génitaux et des lésions observées sur les autres parties du corps. Nous avons parlé précédemment des affections vénériennes (voir p. 578) ; nous n'y reviendrons pas. Tardieu recommande à l'expert de bien indiquer dans ses conclusions la différence d'origine, de nature et de gravité qui existe entre la syphilis caractérisée et une affection virulente, non syphilitique, comme la blennorrhagie.

Casper fait remarquer qu'une personne peut être atteinte de syphilis sans qu'il y ait eu en réalité aucun rapport sexuel ; l'infection peut se communiquer à l'aide d'objets (linges, ustensiles, éponges, etc.) ayant servi à la personne malade (Taylor). Mais l'expert dans ce cas doit n'accepter que sous toute réserve l'origine de cette syphilis extra-sexuelle.

15° **A quelle époque la maladie remonte-t-elle ?** — On se basera sur l'examen des lésions, sur leur degré d'acuité et surtout sur leur marche. Il faut tenir compte surtout de l'époque à laquelle l'examen a eu lieu : ainsi, pour la blennorrhagie, deux experts appelés, l'un au commencement, l'autre à la fin de l'instruction, pourront donner des opinions absolument contradictoires, par ce seul fait qu'ils ont examiné le sujet à deux époques différentes de la maladie. Dans le cas où l'expert est appelé tardivement et ne constate plus d'écoulement, il doit insister sur cette circon-

stance et donner l'explication de ce résultat négatif. Pour la syphilis, il devra indiquer la forme et la phase de son évolution au moment de l'examen médical.

16° **La maladie peut-elle avoir été communiquée par le simple contact ?** — Le cas peut se présenter par exemple dans un attentat non consommé, dans une tentative de viol non suivie de défloration.

17° **Est-elle de même nature chez la victime et chez l'inculpé ?** — La réponse se déduira de l'examen comparatif des lésions (blennorrhagiques ou syphilitiques), d'après leur siège, leur forme et leur période d'évolution ; l'expert insistera principalement sur le siège du mal, circonstance qui peut avoir une grande valeur, par exemple dans le cas où un chancre constaté à droite ou à gauche correspond avec la lésion observée chez la femme.

18° **Les organes de l'inculpé se rapportent-ils à ceux de la victime ?** — Il est souvent difficile de répondre d'une manière précise à cette question, parce qu'on ne peut apprécier exactement les dimensions ou les facilités d'accès que présentent les parties sexuelles de la femme, et qu'en second lieu, le pénis de l'homme offre des différences souvent considérables et absolument imprévues entre l'état ordinaire et l'état d'érection. Il est donc difficile de donner des règles générales sur ce point, et l'expert devra rester sur une grande réserve, à moins de circonstances toutes particulières indiquant la possibilité ou l'impossibilité d'un rapprochement sexuel, par exemple une disproportion évidente entre le membre viril de l'inculpé et l'étroitesse du vagin de la victime ; d'autres fois, au contraire, la gracilité anormale, exceptionnelle du pénis chez un adulte, pourra expliquer une défloration qui n'aurait pu se produire dans des conditions ordinaires. Dans ces circonstances exceptionnelles, l'examen de l'inculpé a évidemment une importance capitale.

20° **Un homme peut-il, pendant son sommeil et sans en avoir conscience, s'approcher d'une femme avec laquelle il est couché ?** — Le fait est d'abord fort rare ; mais, d'après Tardieu, rien ne prouve qu'il puisse être impossible ; en tout cas, cette explication ou cette excuse ne devra être admise qu'avec la plus grande réserve ; elle n'aura aucune

valeur lorsqu'il s'agira d'un cas de défloration, qui s'accompagne toujours de trop d'efforts pour laisser supposer que l'auteur de l'attentat était endormi.

21° **L'accusé présente-t-il quelques signes physiques qui puissent le faire reconnaître ?** — L'expert devra soumettre l'inculpé à un examen complet pour rechercher les signes ou les indices (taches, cicatrices, etc.) qui auraient été signalés par la victime, surtout lorsqu'il s'agit de petites filles qui ne peuvent les avoir inventés.

22° **L'inculpé présente-t-il une conformation physique qui s'oppose à des rapports sexuels ?** — C'est une excuse souvent alléguée par les accusés prétendant avoir des infirmités (hernies volumineuses, hypospadias, maladies vénériennes anciennes, etc.) qui, selon eux, s'opposent au rapprochement sexuel. Même quand ces dispositions anormales existeraient et seraient assez sérieuses pour créer une impuissance absolue comme chez les vieillards octogénaires, elles n'auraient aucune valeur au point de vue des accusations d'attentats à la pudeur.

23° **L'état mental de l'accusé ne peut-il pas expliquer les attentats dont il s'est rendu coupable ?** — Certains états pathologiques, comme la démence sénile, la fureur érotique, le satyriasis, l'épilepsie, l'idiotie, l'imbécillité, certaines formes de folie avec perversion de l'instinct sexuel, peuvent devenir la cause d'attentats aux mœurs ; aussi l'expert ne devra-t-il jamais oublier d'examiner l'état mental de l'inculpé. Tardieu rapporte très longuement à ce sujet l'histoire du sergent Bertrand, de ce fou qui déterrait les cadavres pour les violer, histoire qui montre jusqu'où peut aller la psychopathie sexuelle.

24° **Quelle est la nature des taches trouvées sur les vêtements de la victime et de l'inculpé ?** — La détermination de ces taches, d'une grande importance dans les cas d'attentats à la pudeur et de viol, ne présente pas en général de difficultés sérieuses : les taches qu'on a plus souvent à examiner sont des taches de *sang*, de *matière mucoso-purulente* ou de *sperme*. L'expert devra les décrire avec le plus grand soin, indiquer leurs caractères extérieurs, le siège, la forme, la consistance et la couleur de la région

tachée ; cette description, aussi minutieuse que possible, sera complétée par l'analyse chimique et l'examen microscopique. Nous renvoyons pour les détails à la seconde partie de cet ouvrage, où notre collaborateur a traité longuement cette question.

25° **L'attentat ou le viol est-il simulé ?** — Les faits de simulation ne sont pas rares dans les grandes villes dans un but de spéculation : d'après Taylor, ils sont particulièrement fréquents en Angleterre ; quelquefois ce sont les parents qui produisent des lésions sur les organes de leurs enfants, leur font la leçon et accusent ensuite l'individu dont ils veulent tirer de l'argent ou se venger (Bayard, Ollivier d'Angers, Tardieu) ; d'autres fois, ce sont des filles hystériques qui s'introduisent des corps étrangers dans le rectum ou les parties sexuelles pour faire croire à des violences dont elles accusent des personnes étrangères.

Dans ces circonstances, l'expert doit agir avec la plus grande circonspection, se défier des récits des parents et de l'enfant lui-même et baser ses conclusions uniquement sur les constatations directes et sur l'état des organes.

Tardieu signale enfin un genre de spéculation qui intéresse particulièrement le corps médical : des femmes dénoncent, dans un but intéressé ou pour se venger, des médecins comme coupables d'attentats à la pudeur ou de viols commis sur elles dans l'exercice de leur profession. Ces accusations même fausses créent pour les médecins une situation des plus désagréables, et peuvent compromettre singulièrement leur situation dans le monde.

De la pédérastie et de la sodomie.

Cette question, autrefois peu connue et que les auteurs hésitaient pour ainsi dire à aborder, a été étudiée très longuement par Tardieu dans son ouvrage sur les *Attentats aux mœurs*. Nous ne pouvons mieux faire que de résumer en quelques pages ses idées.

La pédérastie était très répandue chez les anciens, sous le nom d'*amour grec*, principalement chez les Romains de la

décadence ; en France, à Paris surtout, elle tend à prendre des proportions inquiétantes, et on la retrouve très souvent dans les questions de viol ou d'assassinat. Aussi le baron de Saint-Didier disait-il « que dans Paris la pédérastie est l'école à laquelle se forment les plus habiles et les plus audacieux criminels ». Son étude est donc des plus importantes au point de vue médico-légal, et nous allons entrer dans des détails circonstanciés, malgré le dégoût que peut inspirer un pareil sujet.

Au point de vue des définitions, suivant Tardieu, on entend, en médecine légale, par *pédérastie* l'amour des jeunes garçons, l'amour grec des anciens (παιδος ερασταις, *pueri amator*) ; — par *sodomie*, les actes contre nature en eux-mêmes, quel que soit le sexe de l'individu qui s'y prête ou en est la victime.

Ces faits contre nature peuvent s'exercer sur des *femmes*, sur des *enfants*, ou prendre les caractères d'une véritable *prostitution*.

A. **Sodomie conjugale.** — Les attentats de ce genre donnent rarement lieu à des poursuites judiciaires ; mais la doctrine actuelle, basée sur plusieurs arrêts de la Cour suprême, a consacré « le principe que le crime d'attentat à la pudeur peut exister de la part d'un mari se livrant sur sa femme à des actes contraires à la fin légitime du mariage, s'ils ont été accomplis avec violences physiques. » (Tardieu). Dans les cas où l'intervention médico-légale est nécessaire, l'expert aura à constater d'abord les traces de sévices et les traces de violences du côté de l'anus, puis les preuves que les rapports sexuels pouvaient s'exercer régulièrement ; il devra conclure uniquement d'après l'examen des organes et ne pas s'en laisser imposer par les déclarations de la femme.

B. **Attentats sur des enfants mineurs.** — Ces faits ne comprennent pas seulement les attentats commis par des hommes sur des jeunes garçons, mais des excitations à la débauche des enfants entre eux par des individus qui d'abord assouvissent sur eux leurs passions brutales (Tardieu).

C. **Prostitution pédéraste.** — Elle constitue, à côté de la prostitution féminine, une véritable prostitution qui s'étale presque publiquement dans certanes localités d'Italie, en

Afrique et a pris à Paris, dans ces dernières années, un accroissement inquiétant. Elle est surtout destinée, dans cette dernière ville, à pratiquer en grand un genre d'escroquerie particulier dit *chantage :* les individus qui s'y livrent sont des voleurs d'une espèce à part qui, à l'aide des jeunes garçons leurs *clercs*, leurs *outils*, suivant l'expression convenue, attirent dans un piège les individus qui ont ces habitudes vicieuses et en tirent de l'argent en menaçant de les dénoncer à la police. Quelquefois le même voleur joue à la fois le rôle de *leveur* et de *chanteur*. « Après avoir provoqué à la débauche celui qui a eu le malheur de les aborder, ils changent tout à coup de ton, le prennent, comme ils disent, au *saute-dessus*, et, se donnant pour des agents de l'autorité, les menacent d'une arrestation, qu'ils consentent à grand'peine à ne pas faire si leur discrétion est largement rétribuée. » (Tardieu.)

En dehors de la question de chantage, la prostitution pédéraste s'exerce dans les mêmes conditions que la prostitution féminine, c'est-à-dire que certaines maîtresses de maison ont à la fois chez elles des filles et des garçons connus sous le nom de *tantes* et qu'elles livrent au choix de leurs clients.

Enfin, à côté de cette prostitution masculine, se rencontrent d'autres variétés encore plus ignobles que l'expert doit connaître, et que Tardieu ne peut décrire autrement qu'en latin : « Omnes flagitiorum species apud παιδεραστάς concurrunt ; et variis quas nequitia genuit sectis nomen peculiare, servat abjectorum istorum hominum sermo. Qui manustupro dediti sunt, *casse-poitrine* appelluntur. Cognomine *pompeurs de dard* sive *de nœud* (id est turpissima penis significatio) designantur qui labia et oscula fellatricibus blanditiis præbent. Fœdissimum tandem et singulare genus libidinosorum vivido colore exprimit appellatio *renifleurs*, qui in secretos locos, nimirum circa theatrorum porticos, convenientes quo complures feminæ ad micturiendum festinant, per nares urinali odore excitati, illico se invicem polluunt. »

Tardieu, dont les observations ont porté sur 302 individus, les répartit comme il suit au point de vue de l'*âge :*

Au-dessous de 15 ans	32
De 15 à 25	88
De 25 à 35	40
De 35 à 45	39
De 45 à 55	35
De 55 à 65	6
De 65 à 70	5
Non indiqué	57
	302

Au point de vue des *professions*, sur 160 individus pédérastes, il a compté : 78 domestiques, 54 commis marchands, 16 militaires, 12 tailleurs, enfin 142 appartenant à des professions diverses.

Les individus de cette espèce, principalement les *outils* des *leveurs*, les *tantes*, prennent presque toujours des surnoms féminins : la Bouchère, la Léontine, la Folle, la Fille à la mode, la Reine d'Angleterre, etc., etc.

En ce qui concerne les gens dont les goûts dépravés entretiennent, pour ainsi dire, ce genre de prostitution, Tardieu fait remarquer que cette inexplicable passion les expose souvent à des conséquences plus terribles que le chantage, et que les assassinats commis sur des pédérastes sont loin d'être rares. Quant à la cause même de cette passion absolument contre nature, elle est difficile à préciser; on peut se demander s'il n'y a là qu'une perversion morale, et si l'on n'est pas plutôt en présence d'une espèce de folie particulière étudiée par Kann sous le nom de *psychopathia sexualis*.

Suivant Casper, chez certains individus adonnés à la pédérastie, ce vice « est de naissance et constitue pour ainsi dire un hermaphrodisme moral; chez d'autres, au contraire, il fait invasion à un certain âge, lorsqu'ils sont blasés de toutes les voluptés naturelles. »

Signes de la pédérastie. — Suivant Tardieu, la pédérastie est caractérisée par un ensemble de signes qui permettent de la diagnostiquer presque à coup sûr. Ces signes manquent rarement : ainsi, sur 273 cas, ils n'ont fait défaut que 23 fois, bien que les individus fussent des pédérastes avérés.

A ce point de vue, il y a une distinction importante à établir suivant que les sujets ont des habitudes *passives*, des habitudes *actives* ou les *deux à la fois*. Les premières sont les plus fréquentes et s'observent surtout chez les individus qui se livrent à la prostitution pédéraste; les secondes se rencontrent surtout chez ceux qui ont des goûts contre nature. Sur ses 302 cas, Tardieu a trouvé :

Habitudes exclusivement passives.....	139
Habitudes exclusivement actives.....	32
Habitudes à la fois passives et actives.....	101
Habitudes non caractérisées	30

Les signes qui permettent de reconnaitre les pédérastes sont des signes *généraux* et des signes *locaux*.

A. **Signes généraux.** — L'extérieur des pédérastes est caractéristique ; voici la description qu'en donne Tardieu : « Le caractère des pédérastes, de ceux surtout qui, par passion ou par calcul, recherchent et attirent les hommes, se peint dans leurs allures et dans leurs goûts, qui reflètent en quelque sorte la perversion contre nature de leurs penchants sexuels..... Les cheveux frisés, le teint fardé, le col découvert, la taille serrée de manière à faire saillir les formes, les doigts, les oreilles, la poitrine chargés de bijoux, toute la personne exhalant l'odeur des parfums les plus pénétrants, et dans une main un mouchoir, des fleurs ou quelque travail d'aiguille, telle est la physionomie étrange, repoussante et à bon droit suspecte, qui trahit les pédérastes. Un trait non moins caractéristique et que j'ai observé cent fois, c'est le contraste de cette fausse élégance et de ce culte extérieur de la personne avec une malpropreté sordide qui suffirait à elle seule pour éloigner de ces misérables. » Tardieu n'a jamais remarqué que le dessin d'une botte sur le dos de la verge fût un signe caractéristique de la pédérastie, comme l'avaient indiqué certains auteurs.

Suivant M. Brouardel, cet habitus féminin n'est pas la conséquence des habitudes pédérastes; ce sont des individus atteints de *féminisme*, suivant l'expression de Lorain, c'est-à-dire que leur développement s'est arrêté vers l'âge de

quinze ans : « Ils sont petits, ont des formes arrondies, les seins sont développés; souvent même, ils ont à cet âge des inflammations des seins. Le bassin est large, les testicules et la verge sont petits. Quelquefois ils présentent un embonpoint précoce... Leurs aptitudes génésiques sont non pas éteintes, mais assez peu déterminées ; s'ils sont débauchés, ils subissent plutôt qu'ils ne provoquent les actes génitaux auxquels ils participent. C'est dans cette classe que ceux qui exploitent les pédérastes choisissent leurs sujets, leurs *clercs;* c'est par eux qu'ils excitent les instincts pervertis de quelques sodomistes, précisément parce que ces atrophiés ont quelques-unes des formes et des allures féminines. Les organes internes de la génération participent d'ailleurs à cette atrophie : la prostate, la vessie ont un volume notablement inférieur. M. Brouardel a pu lui-même par dissection constater l'atrophie des muscles ischio-caverneux. » (*Journal des conn. méd.*).

Au point de vue de la santé générale, les actes de débauche contre nature produisent des altérations profondes : ces prostitués pédérastes ont une pâleur maladive, une constitution appauvrie, complètement épuisée, et succombent à la phthisie pulmonaire, à la paralysie ou à la folie.

B. **Signes locaux.** — Ils varient suivant que les habitudes sont *passives* ou *actives*, ou que les deux vices existent en même temps.

a. *Habitudes passives de la sodomie.* — Il y a encore là à distinguer suivant qu'on se trouve en présence d'un fait isolé, d'un attentat contre nature accidentel, ou d'habitudes anciennes et invétérées.

Dans le cas d'*attentat récent*, d'un rapprochement contre nature isolé, qu'il soit consenti ou non, on trouve l'anus plus ou moins rouge, enflammé, douloureux, quelquefois excorié, déchiré plus ou moins profondément, avec des ecchymoses dans le tissu cellulaire sous-jacent ; la marche est douloureuse et difficile; quelquefois on trouve des désordres caractéristiques du côté des organes génitaux, des traces de contusions, d'attouchements violents des bourses ou de la verge (Foucher); les lésions anales peuvent disparaître au bout de quelques jours, et on ne retrouve plus

que des démangeaisons et des traces d'ecchymoses plus ou moins décolorées.

Dans les cas d'*habitudes anciennes et passives,* suivant Tardieu, les signes sont absolument caractéristiques ; ce sont : la conformation particulière des fesses, la déformation infundibuliforme de l'anus, le relâchement du sphincter anal avec effacement des plis, la formation de crêtes et de caroncules au pourtour de l'anus, la dilatation exagérée de l'orifice anal avec incontinence des matières fécales, les ulcérations, les rhagades, les hémorrhoïdes, les fistules, la blennorrhagie rectale, enfin la syphilis.

La *conformation des fesses* a quelque chose de spécial ; les fesses sont larges, très développées, saillantes, quelquefois énormes et d'une forme complètement féminine. Tardieu fait remarquer toutefois que cette règle est loin d'être générale et qu'il a observé quelquefois une disposition tout à fait contraire. Il y a là une question toute individuelle.

La *déformation infundibuliforme de l'anus*, signalée surtout par Cullerier, et contestée par Casper, a pour Tardieu une très grande valeur : c'est selon lui « un signe très réel et très fréquent de la pédérastie ». Cet infundibulum est dû, d'un côté au refoulement graduel des parties situées au-devant de l'anus, de l'autre à la résistance de l'extrémité supérieure du sphincter, qui s'oppose à l'introduction complète du pénis dans le rectum ; « le sphincter, dit Tardieu, forme au-dessus de l'anus une sorte de canal musculaire contractile, dont la hauteur atteint parfois jusqu'à 3 ou 4 centimètres, de telle sorte que la partie inférieure de l'anneau peut céder et se laisser repousser vers la supérieure, qui, résistant davantage, reste au fond d'une sorte d'entonnoir, dont la partie la plus évasée est circonscrite par le rebord des fesses et dont la portion rétrécie se prolonge à travers l'orifice anal jusqu'au sphincter refoulé, réduit à un simple anneau qui ferme plus ou moins complètement l'entrée de l'intestin. » Les dimensions de cet infundibulum seront plus ou moins accentuées en largeur et en profondeur selon la saillie plus ou moins grande de la région fessière : quand les fesses sont très développées, l'infundibulum peut manquer ou être formé uniquement aux dépens du sphincter anal, et dans ce

cas il est très court. Si l'individu est maigre, il peut aussi faire défaut, parce que l'anus est très superficiel et que le refoulement des parties molles n'existe presque pas.

Tardieu considère cette déformation comme pathognomonique et indiquant à coup sûr des habitudes passives. M. Brouardel croit cette opinion beaucoup trop absolue; sans doute l'infundibulum a une importance réelle, mais dans certaines conditions seulement.

Il résulte d'abord de ses recherches que le muscle qui joue le rôle capital dans la formation de l'infundibulum est le *releveur de l'anus*. L'infundibulum n'est pas dû, comme le croyait Tardieu, uniquement au refoulement des parties molles et de la partie inférieure du sphincter par les pressions répétées du pénis, mais à la contracture de ce sphincter et surtout du releveur de l'anus : si le sphincter est seul contracturé, il n'y a pas d'infundibulum, ou il est très peu prononcé; si le releveur de l'anus est au contraire seul contracturé, l'orifice anal est dilaté, ouvert, béant quelquefois en même temps qu'il est relevé.

Un premier fait important à signaler au point de vue médico-légal, c'est que l'infundibulum peut être très marqué, même après *un seul acte* de pédérastie : dans ces conditions, il peut arriver que l'anus soit tiré en haut et que les fesses forment un cornet infundibuliforme, et pourtant on ne peut invoquer ici le refoulement des parties molles par les pressions répétées de la verge. Suivant M. Brouardel, voici comment on peut l'expliquer : « Après un acte contre nature, la marge de l'anus est rouge, les bords de l'anus sont excoriés. Il y a de petites fissures multiples superficielles. La victime souffre en allant à la garde-robe ; souvent on voit un peu de sang sur les matières fécales. Si l'on cherche à introduire le doigt dans l'anus, le sphincter entre en contracture et serre énergiquement le doigt. En pressant lentement, quelquefois deux ou trois minutes, on parvient à vaincre ce spasme. Si, après avoir dépassé la limite du sphincter, on replie le doigt pour palper la prostate, on sent une sorte de plan résistant tendu obliquement qui s'oppose à ce palper. Or ce plan ne peut être formé que par le releveur de l'anus. C'est ce muscle qui tient relevé l'anus, qui l'entraîne

vers le petit bassin et qui détermine par sa contraction la forme de cet infundibulum. Il est à remarquer qu'il en est ainsi non pas seulement quand l'anus a été contus par un acte violent, mais lorsqu'il y a soit une fissure simple, soit des hémorrhoïdes enflammées ou douloureuses. » (*Journal des connaissances médicales*, 27 mai 1880). — Lorsque les actes ont été répétés, et que la pédérastie est avérée, avouée, il y a des cas où l'infundibulum peut être plus ou moins marqué, et même faire complètement défaut. Suivant M. Brouardel, cette différence peut tenir : 1° à l'état de la muqueuse rectale, souvent affectée chez les pédérastes d'un catarrhe chronique, d'une véritable blennorrhée, qui peut s'accompagner d'une contracture du releveur de l'anus; mais le fait n'est pas constant; — 2° à la contracture du sphincter et du releveur de l'anus, surtout chez les individus nerveux, jeunes le plus souvent et excitables. « Le mode d'examen, dit M. Brouardel, augmente chez ces individus le caractère infundibuliforme de l'anus. Lorsque la douleur, la honte ou la crainte de l'examen est vivement ressentie, le sujet examiné contracte les muscles fessiers en même temps que le releveur. Cette contraction seule crée ou exagère la disposition en infundibulum. Pour s'en assurer, que l'on fasse l'épreuve suivante : on explore plusieurs fois l'anus d'un jeune homme, en ayant soin de ne toucher la région fessière qu'avec précaution. Lorsque, après plusieurs examens, l'impression nerveuse n'existe plus, qu'on essaye de renouveler l'épreuve après avoir plongé les mains dans l'eau glacée et avec une certaine force : de suite le grand fessier se contracte, son bord inférieur devient saillant, l'anus remonte, et, lorsqu'avec une certaine énergie on sépare les fesses, on trouve un infundibulum momentané là où il n'en existait pas les jours précédents. »

Le *relâchement du sphincter anal* avec effacement des *plis* de la marge de l'anus, suivant Tardieu, est un signe aussi fréquent et aussi caractéristique de la pédérastie que l'infundibulum, avec lequel il coexiste souvent. Il s'accompagne de la disparition des plis naturels de l'anus, qui devient lisse et poli (Casper); à la longue, la muqueuse rectale

se ramasse vers l'orifice anal, où elle forme tantôt un bourrelet épais plus ou moins saillant, tantôt des replis, des espèces d'excroissances, désignées encore sous le nom de crêtes, de marisques (Zacchias).

La *dilatation* de l'anus et du sphincter, par suite de manœuvres répétées, peut arriver à un tel degré que, suivant Tardieu, « l'orifice anal se trouve réduit à un trou béant parfois énorme, qui n'est plus constitué que par un anneau circulaire sans contractilité et sans relief. Chez les pédérastes très maigres, il semble qu'un trou a été percé à l'emporte-pièce sur une peau tendue (voir pl. 15). » Cette disposition a presque inévitablement comme conséquences la *chute du rectum* avec *incontinence* habituelle des matières fécales.

Suivant M. Brouardel, toutes les lésions secondaires, relâchement du sphincter, dilatation anale, chute de la muqueuse rectale et incontinence des matières fécales, ne sont que la conséquence de l'atonie, qui succède à la contracture du sphincter et du releveur de l'anus. Cette espèce de paralysie résulte soit de la fatigue musculaire provoquée par une contention trop prolongée, soit de la cachexie dans laquelle tombent les individus adonnés à ce genre de vice.

Parmi les autres lésions auxquelles expose la pédérastie passive, Tardieu a observé : des *ulcérations* profondes, des *rhagades*, des *fistules*, des *condylomes*, des *hémorrhoïdes;* mais ces lésions n'ont rien de spécifique et ne prouvent nullement des habitudes contre nature. On a enfin signalé comme conséquence possible le *cancer* du rectum.

M. Brouardel trouve encore Tardieu trop absolu dans ses affirmations. Ces diverses lésions, ainsi que les déformations de la région anale que nous avons indiquées plus haut, ont sans doute leur valeur, mais elles ne sont pas caractéristiques : « Toutes les lésions douloureuses de la marge de l'anus peuvent les produire. Lorsque le médecin légiste constatera un infundibulum anal, un relâchement de l'anus, la disparition des plis anaux, il devra faire un diagnostic, reconnaître la cause de ces diverses modifications; mais il ne devra pas conclure qu'elles sont le résultat de la pédé-

rastie passive; d'autres causes peuvent les produire. » (*Journal des conn. méd.*)

Un genre de lésions beaucoup plus commun et parfaitement en rapport avec ces rapprochements contre nature, ce sont les *maladies vénériennes* dont le siége a une valeur capitale au point de vue du diagnostic de la pédérastie : ainsi des chancres situés de la même façon, de manière à se correspondre exactement l'un sur l'anus et l'autre sur la verge, indiqueront évidemment des rapports contre nature. Tardieu fait encore remarquer que, dans les rapprochements de ce genre, « les accidents se montrent en général du *même côté* sur l'organe passif et sur l'organe actif; ce qui est le contraire de ce que l'on observe dans les cas de rapprochements naturels entre les deux sexes et ce qu'explique suffisamment la différence de position. »

Un autre fait important à signaler, c'est que, dans les cas d'attentat contre nature pratiqué avec violence et compliqué de déchirure de l'anus, les accidents syphilitiques se déclarent avec une rapidité extrême, quelquefois au bout de deux ou trois jours. Enfin dans un cas seulement Tardieu a observé une blennorrhagie anale à la suite d'actes de pédérastie.

b. *Habitudes actives.* — Les signes de pédérastie active, absolument ignorés des auteurs anciens et modernes sont, suivant Tardieu, aussi caractéristiques que ceux de la pédérastie passive et sont fournis par l'examen du pénis, qui présente des *dimensions* et une *forme* spéciales.

Le pénis est ou *très grêle*, règle la plus ordinaire, ou *très volumineux*, ce qui est beaucoup plus rare; bien entendu, cet organe étant examiné hors de l'état d'érection. Quant à la *forme*, elle est absolument caractéristique : lorsque la verge est grêle, elle « va en s'amincissant considérablement depuis la base jusqu'à l'extrémité, qui est très effilée, comme un doigt de gant, et rappelle tout à fait le *more canum* » (Voir pl. 16, fig. 1). C'est la forme la plus fréquente. Lorsque le pénis est au contraire très volumineux, le gland seul subit un amincissement de la racine vers son extrémité. « Le gland, étranglé à sa base, dit Tardieu, s'allonge quelquefois démesurément, de manière à donner l'idée d'un museau de certains animaux. De plus, la verge, dans sa lon-

gueur, est tordue sur elle-même, de telle sorte que le méat urinaire, au lieu de regarder directement en avant et en bas, se dirige obliquement à droite et à gauche (Voir pl. 16, fig. 2). Cette torsion et le changement dans la direction de l'organe sont quelquefois portés très loin, et paraissent d'autant plus marqués que ses dimensions sont plus considérables. J'ai vu la face dorsale de la verge tournée complètement à gauche et le méat devenu transversal. »

Ajoutons enfin que dans les cas de masturbation, la verge prend la forme dite *en massue*, c'est-à-dire que le gland est volumineux, élargi et comme aplati.

Ces déformations du pénis chez les pédérastes actifs (amincissement, étranglement, élongation du gland) sont en rapports avec la disposition infundibuliforme de l'anus; quant à sa torsion et à son changement de direction, « ils s'expliquent par la résistance de l'orifice anal proportionnée au volume du membre et exigeant, pour l'intromission, une sorte de mouvement de vis ou de tire-bouchon qui, à la longue, s'imprime sur l'organe tout entier. »

Tardieu accorde à ces signes une valeur absolue; suivant lui, ils sont tout à fait pathognomoniques de la pédérastie active. Ce n'est l'opinion ni de Casper, ni d'Hoffmann, ni de M. Brouardel. Pour ce dernier, la pédérastie active ne possède pas de signes caractéristiques, même quand les actes sont fréquemment répétés ; « il a observé avec le plus grand soin les inculpés qui avouaient, ceux qui niaient, mais contre lesquels s'élevaient des charges accablantes ; il a enfin examiné, au même point de vue, la forme de la verge de tous les malades qui ont passé dans ses salles, sans avoir rien constaté qui lui eût permis de confirmer les opinions de Tardieu. La forme, le volume du gland et de la verge varient infiniment plus que les traits du visage. Il n'y a de comparable à la diversité de l'appareil génital masculin que celle des organes génitaux externes de la femme. On peut dire cependant que l'on trouve assez souvent la verge des pédérastes petite et grêle ; mais cette déformation ne peut pas être attribuée à des habitudes de pédérastie, et, en tout cas, elle n'est pas exclusivement dévolue aux pédérastes actifs. » (*Journal des conn. méd.*)

c. *Habitudes à la fois actives et passives.* — On trouvera du côté de l'anus et de la verge les modifications qu'indique Tardieu, avec les réserves faites par M. Brouardel.

Questions médico-légales. — Suivant Tardieu, les questions que soulèvent les affaires de pédérastie sont au nombre de quatre seulement :

1° **Existe-t-il des traces de violences sodomiques ?** — Cette question se pose surtout dans les cas d'attentats contre nature commis sur des enfants, des femmes, rarement sur des adultes. L'expert, après avoir examiné les lésions que présente la région anale de la victime (rougeur, chaleur, prurit douloureux, phénomènes inflammatoires, ecchymoses des organes sexuels, déchirures, etc.), devra comparer ces désordres avec le volume de l'organe de l'inculpé, et rechercher s'il porte des traces de pédérastie active ou passive. Ces constatations ne peuvent du reste avoir une réelle utilité que pour les faits récents.

2° **Existe-t-il des traces d'habitudes de pédérastie ?** — La constatation des signes indiqués plus haut permet d'affirmer si le sujet a des habitudes de pédérastie active ou passive ou même les deux à la fois ; Casper contredit absolument Tardieu sur ce point ; nous avons vu que M. Brouardel, sans aller aussi loin que Casper, trouve Tardieu beaucoup trop absolu ; les caractères en question ont sans doute une grande valeur, mais on peut leur donner une interprétation différente : suivant lui, le médecin légiste ne doit donc pas s'attacher à eux comme à des signes infaillibles, absolument pathognomoniques de goûts contre nature, car toutes les déformations des organes sexuels ou de la région anale « peuvent naître isolément pour d'autres causes que la pédérastie, et, pour chacune d'elles, il faudra à l'avenir déterminer son mode de production, sa pathologie spéciale, en un mot faire un diagnostic pour chaque cas particulier, et ne pas admettre, en médecine légale plus qu'en pathologie, de prétendus signes caractéristiques. » (*Journal des conn. méd.*)

3° **La syphilis a-t-elle pu être communiquée par le fait de la sodomie ?** — La réponse n'est pas douteuse, surtout lorsque les lésions syphilitiques observées sur la victime et

l'inculpé se correspondent exactement. L'expert ne doit pas oublier cependant qu'un accident primitif peut se développer chez l'adulte du côté de l'anus, sans rapprochement contre nature; mais c'est là un fait exceptionnel, et du reste la comparaison entre les organes des deux sujets permettra de préciser le diagnostic. En ce qui concerne les accidents *secondaires*, il faut y mettre beaucoup plus de réserves; leur origine est moins facile à établir, et on se prononcera surtout d'après l'évolution de la lésion.

4° **L'assassinat a-t-il été précédé ou favorisé par des actes de pédérastie?** — Les assassinats commis sur des pédérastes ne sont pas rares en effet et, suivant Tardieu, se produisent presque toujours dans des circonstances identiques. L'expert devra donc examiner le cadavre et le meurtrier spécialement à ce point de vue; sur ce dernier, il trouvera les signes plus ou moins accusés de la pédérastie active; quant au cadavre, il est presque toujours couché sur un lit ou étendu par terre, nu ou à peine vêtu, dans les cas où il y a eu lutte; — les plaies faites par l'assassin ont quelquefois un siège caractéristique et indiquent la position exacte de la victime au moment de l'attentat; — les organes génitaux sont souvent le siège de violences plus ou moins graves faites dans le délire de la passion (ecchymôses profondes des bourses, déchirures de l'urèthre ou de l'anus, morsures des parties sexuelles, arrachement du scrotum, etc).; — quelquefois la partie inférieure du rectum contient du sperme; — enfin l'examen de l'anus et de la verge permettra de dire si la victime avait elle-même des habitudes de pédérastie passive ou active.

Dans l'examen des inculpés, l'expert doit se mettre en garde contre les excuses qu'ils allèguent, et les explications qu'ils peuvent donner des dispositions que présentent leurs organes. Suivant Tardieu, les moyens de défense employés par les individus de cette espèce sont constamment les mêmes : les uns nient effrontément ou avec indignation et font des difficultés pour se laisser examiner; — d'autres vont pour ainsi dire au devant de l'examen, mais déclarent à l'expert qu'ils ont des vices de conformation, qu'ils ne sont pas faits comme les autres; — quelques-uns invo-

quent des maladies imaginaires, des hémorrhoïdes, des gerçures, des démangeaisons, ayant nécessité des lavements ou l'introduction dans le rectum de pommades qui ont pu déterminer l'élargissement ou le relâchement du rectum ; — enfin une raison qu'ils manquent rarement d'invoquer, c'est qu'ils aiment les femmes, qu'ils ont des maîtresses et qu'ils ont horreur du commerce des hommes. Avec un peu d'expérience, le médecin légiste saura bien vite apprécier la valeur de pareilles allégations.

De la grossesse.

Législation. — *Code civil.* — Art. 185. — Le mariage contracté par les époux qui n'avaient point encore l'âge requis, ou dont l'un d'eux n'avait point encore cet âge, ne peut plus être attaqué : 1° lorsqu'il s'est écoulé six mois depuis que cet époux ou les époux ont atteint l'âge compétent ; 2° lorsque la femme qui n'avait point cet âge a *conçu avant l'échéance de six mois.*

Art. 725. — Pour succéder, il faut nécessairement exister à l'instant de l'ouverture de la succession. Ainsi sont incapables de succéder : 1° celui qui n'est pas encore conçu ; 2° l'enfant qui n'est pas né viable ; 3° celui qui est mort civilement.

Art. 906. — Pour être capable de recevoir entre-vifs, il suffit d'être conçu au moment de la donation. Pour être capable de recevoir par testament, il suffit *d'être conçu à l'époque du décès du testateur.* Néanmoins la donation ou le testament n'auront leur effet qu'autant que l'enfant sera né viable.

Art. 340. — La recherche de la paternité est interdite. Dans le cas d'enlèvement, lorsque l'époque de cet enlèvement se rapportera à celle de la *conception*, le ravisseur pourra être, sur la demande des parties intéressées, déclaré père de l'enfant.

Code pénal. — Art. 27. — Si une femme condamnée à mort se déclare, et *s'il est vérifié qu'elle est enceinte*, elle ne subira la peine qu'après sa délivrance.

Comme on le voit par l'exposé de ces différents articles de la loi, l'intervention du médecin légiste peut être requise dans un grand nombre de questions civiles ou criminelles et qui peuvent intésesser, le père, la mère ou l'enfant, par exemple dans les cas d'enlèvement, de séparation de corps ou de réconciliation, pour constater la grossesse d'une femme, comme preuve d'adultère, comme cause de délai

dans les cas de condamnation à mort, pour une donation ou un testament, etc. L'expert doit donc pouvoir se prononcer sur la non-existence ou sur la réalité d'une grossesse dans une circonstance donnée.

Signes de la grossesse. — Le diagnostic repose sur un ensemble de signes qu'on a divisés en signes de *présomption*, signes de *probabilité* et signes de *certitude*. Les deux premiers ne présentent pas de différences suffisamment caractéristiques, et nous accepterons la division proposée par M. Pinard en *signes probables* et *signes certains*.

A. **Signes probables.** — Ces signes, très nombreux, sont *locaux* ou *généraux*. Les premiers comprennent : la suppression des règles, l'augmentation du volume de l'utérus, le ramollissement du col de la matrice, le gonflement des seins avec pigmentation au tour du mamelon (aréole), et écoulement de liquide blanchâtre par la glande mammaire (colostrum), l'existence de vergetures sur l'abdomen, les seins, les cuisses; la ligne brunâtre sur le trajet de la ligne *blanche*, la coloration brunâtre de la peau du visage (masque), l'exagération de la sécrétion salivaire et de la muqueuse vaginale, enfin les modifications de la sécrétion urinaire (kyestéine). Les seconds (*signes généraux*) sont caractérisés par des modifications plus ou moins profondes vers les principaux appareils de l'économie, telles que : des troubles de la digestion, des dégoûts pour certains aliments ou des goûts plus ou moins bizarres (pica, malacia), des nausées ou des vomissements, surtout dans les quatre premiers mois; — des troubles de la circulation (anémie, essoufflement, bouffées de chaleur, palpitations, bruits de souffle au cœur et dans les gros vaisseaux du cou, varices, œdème des membres inférieurs, etc.) ; — des manifestations nerveuses plus ou moins opiniâtres (névralgies faciales ou autres, manies, désirs plus ou moins inexplicables, changements de caractère, attaques d'éclampsie, etc.).

La *cessation des règles*, suivant Casper, a une valeur plus grande pour le médecin légiste que pour le médecin ordinaire, parce qu'une femme qui veut tromper le premier en dissimulant une grossesse est obligée de simuler une *fausse menstruation*, en montrant à l'époque voulue des linges

tachés de sang, pris souvent sur des animaux (mammifères ou oiseaux); l'examen microscopique pourra dans ce cas aider au diagnostic; suivant Hohl, on peut encore laver le vagin avec de l'eau tiède; puis toucher la femme pour voir si le sang coule de l'utérus. — On sait enfin que les règles peuvent persister pendant toute la durée de la grossesse.

M. Stein a encore signalé l'*élévation de la température du vagin*, mais c'est un signe trop individuel, qui est loin d'être constant (Casper).

Ces signes de probabilité, sur lesquels nous ne pouvons insister ici, ont sans doute une grande valeur de présomption lorsqu'ils existent tous ensemble, fait rare, mais ne permettent pas d'affirmer à coup sûr la grossesse, surtout dans un cas de médecine légale.

B. **Signes certains.** — Ces signes peuvent donner une certitude absolue, parce qu'ils sont indépendants de la femme, échappent à toute tentative de simulation ou de dissimulation et peuvent être constatés directement par l'expert.

Ils sont au nombre de trois : les *mouvements passifs* du fœtus, — les *mouvements actifs*, — enfin les *battements du cœur* fœtal et le *souffle placentaire*.

a. Les mouvements *passifs*, qui constituent le *ballottement*, consistent dans la sensation d'un corps solide flottant dans un liquide, ballottement qu'on perçoit très nettement en plaçant le doigt dans le cul-de-sac antérieur et en imprimant avec le doigt une légère secousse à l'utérus; il est absolument caractéristique et, suivant Pajot, aussi probant que les bruits du cœur. Il commence à être perceptible vers le quatrième mois, mais n'atteint son maximum d'intensité que vers le septième mois, pour disparaître après le huitième (Legrand de Saulle).

b. Les mouvements *actifs* du fœtus, absolument distincts de ces derniers, sont propres au produit fœtal. Ils commencent à devenir sensibles vers quatre mois et demi, et consistent en des chocs intermittents, très faibles au début et qu'il est nécessaire de provoquer soit en appliquant les mains sur la tumeur abdominale, soit en refroidissant brusquement la peau du ventre. A une période plus avancée, ces mouvements secs, saccadés et parfois assez violents,

deviennent plus lents et ressemblent à des mouvements d'ondulation, de reptation.

c. Les *battements du cœur fœtal* donnent la certitude absolue, et se perçoivent par l'auscultation à partir du quatrième mois; dans la première moitié de la grossesse, on doit les chercher plutôt à droite, au niveau de la fosse iliaque, à 7 à 8 centimètres au-dessus de l'éminence iléo-pectinée. (Lacassagne). Plus la grossesse est avancée, plus ces bruits sont forts et appréciables. Leur moyenne est de 130 par minute (108 à 160); on a comparé ce bruit au tic-tac d'une montre.

Il est bon de faire remarquer que l'absence de ces battements n'indiquerait nullement que la grossesse n'existe pas; elle signifie que l'enfant peut être mort.

Tardieu pense que, pour être complet et embrasser tous les cas possibles, à ces signes certains on devrait ajouter encore « le travail de l'accouchement et l'expulsion d'un *fœtus* mort ou vivant, ou enfin sa présence anatomiquement constatée dans un autre point que la cavité utérine et abstraction faite des monstruosités par inclusion. »

On a encore indiqué, comme signe de la grossesse *après la mort*, l'existence de *corps jaunes dans l'ovaire*; d'après Bischoff, Hohl et Casper, il n'y a aucune différence entre un corps jaune provenant de l'évolution d'un œuf fécondé et celui d'un œuf non fécondé.

A quelle époque remonte la grossesse? — Avant quatre mois, on ne peut que soupçonner la grossesse, *il est impossible* de l'affirmer; à partir de cette époque, on peut, d'après l'ensemble des signes, préciser presque à coup sûr la date de la concepton. Voici, d'après Cazeaux, les modifications que présente l'utérus aux diverses périodes de la gestation :

« A la fin du *troisième mois*, le fond de l'utérus s'élève au niveau du détroit supérieur. — A la *fin du quatrième*, il arrive au milieu de l'espace qui sépare l'ombilic du pubis; par le palper abdominal et le toucher vaginal, on constate facilement le déplacement en masse et le volume de l'utérus; le col est élevé et dirigé en arrière et à gauche; l'orifice du col est fermé et toujours arrondi chez les primipares.

il est un peu plus ouvert chez les multipares et laisse pénétrer la pulpe du doigt; on commence à sentir les mouvements actifs et les battements du cœur du fœtus. — *Cinquième et sixième mois :* bruits du cœur, ballottement, mouvements actifs très-sensibles; à la fin du cinquième mois, le fond de l'utérus est à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic; à la fin du sixième mois, à un travers de doigt au-dessus; la moitié inférieure de la portion sous-vaginale du col est ramollie; chez les multipares, toute la portion unguéale de la première phalange peut pénétrer dans la cavité du col; chez les primipares, le col est ramolli dans la même étendue, mais l'orifice est trop étroit pour laisser passer le doigt. — *Septième et huitième mois :* à sept mois, le fond de l'utérus s'élève à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic; à huit mois, à cinq ou six; l'organe s'incline presque toujours à droite; mouvements actifs plus violents; bruits du cœur et bruit de soufflet; ballottement très net dans le septième mois, plus obscur dans le huitième; ramollissement du col un peu au-dessus de l'insertion du vagin. Le col est ovoïde chez les primipares et semble avoir diminué de longueur. Chez les autres, c'est un cône à base inférieure largement ouvert et dans lequel le doigt peut faire pénétrer toute la première phalange. Le quart supérieur du col est encore dense et ferme. — *Neuvième mois :* dans la *première quinzaine*, le fond de l'utérus s'élève dans la région épigastrique et sous le rebord des fausses côtes du côté droit; mouvements actifs, bruit du cœur et de souffle; le col est ramolli dans toute sa longueur, excepté l'anneau de l'orifice interne, qui résiste encore et est fermé; chez les multipares, on peut introduire une phalange et demie, et le doigt est arrêté seulement par l'orifice interne; chez les primipares, le ramollissement est aussi étendu; le col, renflé à sa partie moyenne, a la forme d'un ovoïde; mais l'orifice externe, quoique un peu plus ouvert, ne permet pas l'introduction du doigt. Dans la *deuxième quinzaine*, le fond de l'utérus s'élève moins haut que dans la première; mouvements actifs, bruit du cœur et de soufflet, ballottement souvent insensible, tête plus ou moins engagée dans l'excavation. Chez les multipares, l'orifice interne se ramollit et s'entr'ouvre, le doigt

pénètre alors à travers un cylindre de quatre centimètres, jusque sur les membranes. Chez les primipares, l'orifice interne subit les mêmes changements, mais l'externe reste très étroit. Dans les huit derniers jours, par suite de l'évasement de l'orifice interne, toute la cavité du col se confond avec celle du corps, et, pour arriver sur les membranes, le doigt n'a plus qu'à traverser chez les primipares un orifice assez mince, chez les multipares un bourrelet arrondi et plus ou moins épais. »

Variétés. — La grossesse est généralement *simple*, et tout ce que nous venons de dire s'applique particulièrement à cette variété. Elle peut être aussi : 1° *compliquée* d'une affection quelconque, comme une tumeur, une maladie du bassin ou de la colonne vertébrale ; — 2° *multiple*, c'est-à-dire *gemellaire* ou *double* ; assez fréquemment, suivant Cazeaux, on en trouve à peu près une sur 70 à 80 grossesses ; ou bien *triple*, ce qui est beaucoup plus rare (une sur 9028 naissances, d'après un tableau de Lacassagne) ; ou *quadruple* (8 seulement en 14 années sur 13 608 003 naissances) ; — 3° *extra-utérine*, les grossesses anormales, suivant Stoltz, peuvent être toutes ramenées à deux types, la grossesse tubaire et la grossesse abdominale ; le diagnostic de ces grossesses extra-utérines est difficile à faire, surtout dans les premiers mois ; on s'appuiera principalement sur l'état de vacuité de l'utérus et l'absence de modifications du col de la matrice ; quant à la terminaison, d'après Cazeaux, ces grossesses anormales se prolongent rarement au delà du quatrième ou du cinquième mois, et aboutissent soit à une rupture du kyste fœtal, avec apparition d'accidents plus ou moins graves, souvent mortels ; soit à une rétention prolongée du kyste avec mort du produit de la conception ; l'organisme s'habitue à ce corps étranger, qui peut séjourner dans l'abdomen pendant des années, quinze, vingt, trente ans et plus (Stoltz), sans provoquer d'accidents sérieux ; un fait important à signaler au sujet de ces grossesses extra-utérines, c'est qu'elles n'excluent pas la possibilité d'une nouvelle grossesse. — 4° *fausse, apparente ou simulée* ; la simulation est tellement possible que Pajot, dans ses cours, recommandait toujours, lorsqu'on était appelé auprès d'une

femme en couches, de commencer par s'assurer qu'elle était bien enceinte. Le diagnostic en effet est parfois très difficile à poser, et environné de telles obscurités que des erreurs nombreuses ont été commises.

La grossesse peut d'abord être *simulée* à l'aide de coussins, de linges placés sous les jupons, d'un ventre postiche, etc. La supercherie est facile à découvrir. — Elle peut être *apparente;* la femme croit réellement être enceinte; dans ce cas, l'erreur peut être due à une lésion des viscères abdominaux, telle que la physométrie (J.-P. Franck), l'hydrométrie (Chambon de Montaux), le développement d'hydatides dans l'utérus (Fournier), la grossesse graisseuse, l'ascite, la tympanite abdominale hystérique, les tumeurs fibreuses de l'utérus, les kystes ou les tumeurs de l'ovaire, les môles, l'aménorrhée. Ces états pathologiques peuvent, dans certains cas, s'accompagner d'un développement anormal du ventre avec suppression des règles, gonflement des seins, qui sont gorgés de lait, et même de mouvements simulant des mouvements actifs du fœtus. Ce dernier phénomène peut être produit par les contractions péristaltiques des intestins ou un état convulsif spasmodique de l'utérus (Orfila, Antoine Dubois, Devergie). — Dans certains cas enfin, ces grossesses apparentes se terminent par une série de douleurs, et d'efforts analogues à ceux de l'accouchement; on les observe presque exclusivement dans les cas de grossesse nerveuse liée en général à un état hystérique (A. Dubois). Tardieu rapporte l'observation d'une femme qui, pendant plus de trois ans, présenta tous les neuf mois les symptômes de la grossesse, aboutissant à un commencement de travail d'enfantement; certains auteurs (Dezeimeris, Schmitt, Lospichler) ont admis que les grossesses extra-utérinés pouvaient donner lieu à des phénomènes de ce genre. Tardieu fait remarquer que, dans les cas observés par lui, il ne s'agissait nullement de grossesse extra-utérines, mais simplement d'un état nerveux. « Quel qu'ait été le point de départ des phénomènes de la fausse grossesse, affection organique ou purement nerveuse, les simulacres d'accouchement ont toujours été le résultat d'une préoccupation exclusive, d'une véritable idée fixe exerçant son influence sur les

sensations et les actes des femmes. De là à une conception monomaniaque, à un véritable délire partiel, il n'y a en réalité qu'une bien petite différence. » Ces faits d'accouchements prétendus ne sont pas très rares chez les aliénées (H. Bayard, Calmeil, Esquirol). Tardieu ajoute même que ces grossesses nerveuses avec travail d'accouchement apparent ont été observées chez des animaux, et en rapporte deux cas publiés par Gérard, médecin à Lyon.

Casper dit qu'il faut distinguer entre la dissimulation volontaire et la dissimulation involontaire; il a vu des femmes qui, ayant déjà un ou deux enfants et ne tenant pas à en avoir d'autres, cherchaient à se faire illusion à elles-mêmes, même jusqu'au moment de l'accouchement. D'autres fois, la nouvelle grossesse survient pendant l'allaitement, et les femmes généralement ne la croient pas possible.

Durée de la grossesse. — A ce point de vue, la grossesse peut être *régulière*, *précoce* ou *tardive*. Nous avons *cité précédemment* (voir p. 27), à propos de l'*action en désaveu* et de la *contestation* de légitimité, les articles du Code civil qui ont trait aux limites légales de la grossesse.

Le *terme naturel de la grossesse*, physiologiquement parlant, est de neuf mois; quant au nombre de jours exact compris dans la période de la gestation, il a été diversement indiqué : les uns, comptant que la durée de la grossesse répond à 10 périodes menstruelles, ont donné comme limites 280 jours pour les femmes réglées tous les 28 jours, 300 pour celles qui sont réglées tous les 30 jours; — d'autres admettent comme limites ordinaires du 275e au 300e jour. — Ces limites sont loin d'être absolues, car bien des femmes accouchent avant le 275e jour, beaucoup d'autres au contraire dépassent le 300e.

Nous avons déjà vu que la loi admettait, au point de vue de la légitimité, comme limite inférieure le 180e jour, comme limite supérieure le 300e.

L'incertitude dans le calcul provient de la difficulté à déterminer exactement le *moment de la conception;* aussi en général prend-on, comme point de départ, la dernière menstruation.

D'après Tourdes, il faut remonter à trois mois en arrière,

à dater du moment de la première suppression des règles, ajouter huit jours et changer le chiffre de l'année en ajoutant un. Le *terme de la grossesse* n'est guère plus précis, et la loi ne dit pas s'il doit dater du moment de la naissance ou du commencement du travail; il y a souvent entre ces deux époques une différence de 2 et même 5 à 6 jours compris par la durée de l'accouchement; cette particularité est importante à noter, car elle peut changer le caractère légal de la naissance. (Lacassagne.)

Naissances précoces ou tardives. — Les *naissances précoces* ou *tardives* soulèvent des questions médico-légales intéressantes au point de vue de la viabilité et de la filiation. Pour les *naissances précoces*, le problème à résoudre est de savoir à quelle époque de la conception un enfant est né viable; c'est là le fait capital : suivant Tourdes, la viabilité dont nous étudierons plus loin les caractères, ne s'observe jamais avant le 180e jour, elle est tout à fait exceptionnelle dans le courant du sixième mois et devient plus fréquente au septième (Lacassagne); rarement, avant cette époque, le produit de la conception présente les caractères d'un enfant à terme.

Le Dr Bertherand (de Lille), à propos de ces naissances précoces, de ces accouchements naturels prématurés appelle l'attention sur l'influence de l'*hérédité*: il a observé plusieurs cas dans lesquels la grossesse, dans une même famille, se terminait toujours à sept mois, et l'accouchement naturel arrivait toujours à cette époque sans qu'on pût invoquer aucune cause pathologique; il y a dans ces cas une influence héréditaire bien évidente. Il regarde donc comme trop absolue la définition suivante proposée par M. Stoltz : « La différence principale entre l'accouchement à terme et l'accouchement prématuré consiste en ce que ce dernier est *pathologique*, *contre nature*, provoqué par des *causes non naturelles*. » Il rappelle un certain nombre de cas analogues, publiés par Frédéric Cazeaux, Stoltz, dans lesquels la naissance avait eu lieu à sept mois, à la suite d'un accouchement absolument naturel. Comme conclusion, au point de vue médico-légale, cette influence de l'hérédité peut donner lieu, suivant M. Bertherand, aux considérations suivantes : « 1° Un enfant

venu au 7e mois du mariage peut-il être désavoué par le père? ce dernier pourrait-il pour cet unique motif demander une séparation de corps et faire soupçonner la moralité et l'honnêteté de sa femme, si la mère prouve qu'elle a dans ses ascendants directs des exemples de naissance à *sept mois?* — 2° Dans le cas où le médecin est appelé à se prononcer sur la durée d'une grossesse et sur l'époque d'un accouchement, ne doit-il pas s'enquérir des habitudes tocologiques des ascendants, et, dans certains cas, tenir compte de la possibilité d'un accouchement prématuré naturel, même à *sept mois?* — 3° Une femme ne peut-elle pas être accusée d'avoir cherché à provoquer un avortement, peut-être même d'avoir voulu commettre un infanticide, par ce seul fait qu'elle aurait accouché au *septième mois*, bien que dans des conditions très normales? — 4° Dans la recherche ou la reconnaissance de la maternité, alors que des contestations seraient soulevées par des intéressés, ceux-ci ne pourraient-ils pas nier une naissance qui se serait cependant effectuée à *sept mois*, surtout s'ils prouvent que la mère était enceinte un ou deux mois après l'époque assignée par la mère à sa prétendue délivrance? — 5° Dans les cas de mort de la mère et de l'enfant pendant ou peu après l'accouchement prématuré, une question délicate de survie ne peut-elle être provoquée? Si la mère n'était qu'au *septième mois* de la grossesse, ne convient-il pas de rechercher si des faits d'hérédité physiologique de cette délivrance prématurée ont eu lieu, et principalement d'établir que la viabilité du fœtus était habituellement compatible avec cet âge intra-utérin? »

La naissance est dite *retardée* ou *tardive*, lorsque l'expulsion du fœtus ne se fait qu'à neuf mois et demi ou dix mois. Ces naissances tardives sont plus rares que les naissances précoces et d'une constatation plus difficile. Suivant M. Stoltz, « quelles que soient les circonstances qui peuvent la faire durer, la grossesse ne peut pas se prolonger plus de quinze jours au delà du terme ordinaire. » Le Code, en prenant comme délai maximum le trois centième jour, va bien au delà de l'extrême limite (Lacassagne).

Casper, qui critique sévèrement les faits merveilleux de

naissances tardives arrivées au bout de douze mois (Zethmann), treize et dix-sept mois (Henke), trois ans (Petit), conclut des faits qu'il a observés : 1° que la durée de la grossesse est de 275 à 280 jours; — 2° que la grossesse peut, sans aucun doute, durer plus longtemps et se prolonger *jusqu'au* 300e *jour;* — 3° que les durées plus longues, les naissances tardives de onze, douze, et treize mois, sont complètement à rejeter.

Le diagnostic de ces naissances tardives est très difficile. Suivant Casper, on ne peut prendre sérieusement en considération les renseignements donnés par la femme ou son entourage; les signes scientifiques eux-mêmes sont très insuffisants ; il n'en existe pas ayant une valeur absolue.

De la superfétation. — On entend par superfétation ou *surconception* la fécondation d'un ovule chez une femme qui porte déjà un germe fécondé dans l'utérus ou hors de cet organe. Suivant Velpeau, les faits de ce genre paraissent pouvoir être rapportés : à des cas de grossesse extra-utérine qui n'ont pas empêché une grossesse naturelle ; — à des cas de bifidité de la matrice ; — à des grossesses doubles, dans lesquelles l'un des fœtus, mort longtemps avant terme, s'est conservé dans les membranes et n'a été expulsé qu'avec celui qui a continué de vivre ; — à des grossesses gémellaires de jumeaux inégalement développés et nés à des termes différents.

Il n'est pas démontré actuellement que, lorsque le produit de la conception est en voie d'évolution, la femme puisse alors être fécondée ; les modifications rapides que subit la caduque ne permettent pas aux spermatozoïdes de pénétrer dans l'utérus; ce qui est possible, c'est qu'une double fécondation puisse avoir lieu à très peu d'heures d'intervalle, à la suite d'un coït avec le même individu, ou avec des individus différents, comme dans le cas de cette femme qui accoucha de deux enfants, l'un noir et l'autre blanc et qui avoua avoir cohabité le même jour avec un nègre et avec son mari.

Suivant Casper, il n'existe pas d'exemple véritablement authentique de superfétation ; les histoires racontées par les anciens auteurs, Zacchias entre autres, ne méritent aucune

créance. « Les soi-disant superfétations, dit-il, ne sont probablement que le résultat de grossesses gémellaires dans lesquelles l'un des jumeaux (mort ou vivant) est né trop tôt et l'autre trop tard. » Aussi conclut-il que : « 1° La grande *majorité* des cas connus de superfétation sont le résultat d'observations erronées ; — 2° un grand nombre doit être considéré comme des grossesses bipares sur la nature desquelles on s'est trompé ; — 3° la science *ne peut nier* qu'il est très possible qu'une femme déjà fécondée soit refécondée une seconde fois *quelques jours après ;* — 4° la possibilité de la fécondation d'une femme déjà grosse depuis plusieurs semaines ou plusieurs mois est encore à prouver ; — 5° la possibilité d'une superfétation avec utérus double ne peut pas être complètement repoussée. »

En résumé, on peut affirmer que, dans l'espèce humaine, ce qui est possible, ce n'est pas la *superfétation*, mais la *superfécondation.*

Au point de vue médico-légal, ces faits de superfétations et de grossesses gémellaires peuvent soulever des questions importantes : ainsi, quand deux enfants viennent au monde à un ou deux jours d'intervalle, doit-on les regarder comme jumeaux ou comme le produit de deux conceptions différentes ? — Quel est l'aîné dans le cas de naissances gemellaires ? Cette question, très grave en Angleterre, où existent les privilèges du droit d'ainesse, n'ont qu'une valeur tout à fait secondaire en France ; la loi, du reste, a tranché la difficulté par l'article 57 du Code civil, *qui dit* que *ce n'est pas du moment de la conception, mais du moment de la naissance que date l'âge.* — Un autre cas peut se présenter : un enfant naturel est reconnu avant sa naissance, la mère accouche de deux jumeaux, la reconnaissance doit-elle s'étendre aux deux ou à un seul ? La jurisprudence actuelle admet que les deux enfants doivent bénéficier de la reconnaissance. — Enfin un médecin peut être consulté, dans un cas de superfétation, pour dire si une femme déjà enceinte qui n'a pas cohabité depuis plusieurs mois avec son mari, est coupable d'adultère. Suivant Legrand du Saulle, qui reproduit ce fait, le médecin ne doit jamais conclure que la fécondation est due à deux coïts distincts.

Casper fait remarquer que la loi tranche ordinairement la question, et que par conséquent la compétence du médecin n'est pas admise ; dans le cas, par exemple, où une femme accouche de deux enfants à des intervalles très rapprochés, le mari ne peut contester la légitimité que dans le cas où l'époque de la naissance dépasse le terme fixé par la loi.

A quel âge une femme peut-elle concevoir ? — Au point de vue physiologique, la femme peut concevoir depuis l'apparition de la menstruation jusqu'à la cessation naturelle des règles, c'est-à-dire à l'époque de la ménopause. Comme nous l'avons dit précédemment, la menstruation s'établit plus tôt dans les pays chauds (douze à treize ans) que dans les climats froids (quinze à seize ans) ; quant à la ménopause, elle survient dans nos pays entre quarante et cinquante ans ; la femme est donc apte à concevoir pendant une trentaine d'années.

Cette règle générale présente des exceptions, et l'on a vu des femmes devenir enceintes sans avoir jamais été réglées. Enfin Haller a cité des cas de grossesse à soixante et soixante-dix ans.

Une grossesse peut-elle exister sans que la femme ait été réglée ? — Le fait n'a rien d'impossible, et il en existe beaucoup d'exemples dans la science (Casper).

Une femme enceinte peut-elle ignorer sa grossesse ? — Au premier abord, la chose parait peu probable, et pourtant des faits publiés par Fodéré, Desgranges, Duquesnel prouvent que le cas peut se présenter. L'expert peut être consulté, surtout dans les cas où les femmes, accusées d'infanticide, prétendent qu'elles ignoraient leur grossesse et qu'en conséquence elles n'avaient pu prendre les précautions nécessaires à la conservation de leur enfant (Lutaud).

Une femme enceinte peut-elle présenter encore les signes de la virginité ? — Oui, le fait est absolument possible ; on en trouve des exemples nombreux dans tous les auteurs. Suivant M. Budin, les exemples de ce genre ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le croire : ainsi dans l'espace de trois mois, à la clinique d'accouchement de la Faculté de médecine, il a constaté treize fois la présence d'un hymen intact sur soixante-quinze primipares environ.

Influence de la grossesse sur l'état moral et intellectuel de la femme. — Nous avons déjà vu précédemment, au chapitre de la folie, que la grossesse a une influence incontestable sur l'état mental de la femme (Delasiauve, Legrand du Saulle, etc.). L'intervention médico-légale est souvent requise dans les cas de vol ou de délit commis par une femme enceinte ; le médecin légiste doit se prononcer avec la plus grande circonspection, car la matière est délicate et le problème souvent difficile à résoudre.

Suivant Mattéi, les phénomènes cérébraux qui se manifestent sous l'influence de la gestation peuvent se diviser en trois groupes : 1° altération peu marquée de la volonté et du jugement ; — 2° altération plus ou moins profonde des désirs et des penchants de la femme (monomanies, vésanies) ; — 3° folie puerpuérale. Il pense, en outre, qu'on a singulièrement exagéré l'influence de la grossesse sur les actes de la femme enceinte : sans doute son influence est réelle, mais il ne faut pas aller trop loin et mettre toutes ses actions sur le compte de la gestation. Suivant Legrand du Saulle, les cas de folie véritable tenant *exclusivement* à la grossesse sont excessivement rares ; cet état particulier peut certainement être une cause occasionnelle de la folie, mais il ne lui est pas démontré qu'elle puisse en être une cause déterminante : sur 750 femmes aliénées de la Salpêtrière, 72 étaient devenues folles à la suite de couches (Briand et Chaudé) ; sur 1091 curables admises à Bethlem en six ans, 131 (soit 1 sur 18) étaient atteintes de folie puerpérale et sur ce nombre 51 présentaient une prédisposition héréditaire (Dr Webster).

Dans certains cas encore, il existe un véritable délire partiel qui peut pousser la femme à commettre des actes blâmables, des délits, des vols, quelquefois même des crimes (Langlois) ; mais on peut aussi se trouver en présence d'un cas de simulation. « Les experts, dit Legrand du Saulle, ne doivent donc jamais perdre de vue la possibilité de phénomènes intellectuels bizarres pendant la grossesse ; leur mission consiste à les apprécier à leur juste valeur. En présence d'un acte tout à fait inattendu et en complet désaccord avec la moralité antérieure, les habitudes ordi-

naires et la position sociale de l'accusée, il y a lieu de s'assurer si l'état mental n'a point été réellement lésé. L'examen médico-légal est, dans ces cas, très difficile, et l'expert doit formuler ses conclusions avec circonspection. »

DE L'AVORTEMENT

Législation. — *Code pénal.* — Art. 417. — Quiconque, par aliments, breuvages, médicaments, violences ou par tout autre moyen, aura procuré l'avortement d'une femme enceinte, soit qu'elle y ait consenti ou non, sera puni de la réclusion. — La même peine sera prononcée contre la femme qui se sera procuré l'avortement à elle-même, ou qui aura consenti à faire usage des moyens à elle indiqués ou administrés à cet effet, si l'avortement s'en est suivi. — Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens qui auront indiqué ou administré ces moyens, seront condamnés à la peine des travaux forcés à temps, dans le cas où l'avortement aurait eu lieu.

La loi ne parle pas des tentatives d'avortement ; sur ce point, disent Briand et Chaudé, « aux termes de la jurisprudence aujourd'hui établie, on est arrivé à ce résultat au moins singulier : 1° que la femme n'est punie que si l'avortement a eu lieu et non s'il a été tenté ; — 2° que tout individu, autre que la femme et les gens de l'art, est puni d'une peine égale, celle de la réclusion, qu'il y ait eu avortement ou seulement tentative ; 3° — que les gens de l'art sont punis des travaux forcés s'il y a eu avortement, de la réclusion seulement s'il y a eu tentative ; — 4° que le complice d'une tentative d'avortement n'est pas puni si c'est la femme elle-même qui a tenté de se faire avorter, mais qu'il est puni si l'auteur de la tentative est toute autre personne ; — 5° enfin que le complice est puni des travaux forcés, si, n'étant pas médecin lui-même, il a été complice d'un homme de l'art ou d'une sage-femme qui a procuré l'avortement. »

Cette question, sur laquelle le médecin légiste est souvent appelé à se prononcer, a été longuement étudiée par Tardieu[1] ; nous lui ferons de nombreux emprunts.

1. *Etude médico-légale sur l'Avortement*, par Ambroise Tardieu. Paris, J. B. Baillière et fils.

On entend par avortement : « *l'expulsion prématurée et violemment provoquée du produit de la conception, indépendamment de toutes les circonstances d'âge, de viabilité et même de formation régulière.* » (Tardieu.)

L'avortement peut être *criminel*, *simulé*, *naturel* ou *médical* :

1° **Avortement criminel ou volontaire.** — C'est un genre de crime extrêmement fréquent, qui a même dégénéré en véritable industrie.

Les *statistiques* judiciaires donnent les chiffres suivants :

De 1820 à 1830.....	8	accusations et	12	accusés
De 1831 à 1840.....	10	»	18	»
De 1841 à 1848.....	20	»	44	»
De 1852 à 1860.....	34	»	54	»
De 1865 à 1869.....	20	»	61	»
En 1871.....	9	»	14	»
En 1872.....	19	»	47	»
En 1873.....	19	»	53	»
En 1874.....	38	»	84	»
En 1875.....	24	»	72	»

On voit par ce tableau que les accusations, après avoir suivi une marche ascendante très marquée, ont subi une courte amélioration pendant les années 1870, 1871, 1872, amélioration due peut-être à l'affaiblissement de la répression pendant ces périodes de troubles politiques ; depuis 1874, le nombre des accusations a repris une marche croissante.

Tardieu fait remarquer : 1° que le département de la Seine, à lui seul, donne à peu près le dixième du nombre des accusés ; — 2° que la proportion des femmes est beaucoup plus grande que celle des hommes ; — 3° qu'au point de vue des condamnations, les médecins et les sages-femmes figurent pour un sixième environ.

D'après le texte de la loi, les peines édictées contre les individus coupables d'avortement sont aggravées lorsqu'il s'agit de médecins, de chirurgiens, de sages-femmes, d'officiers de santé ou de pharmaciens. Cette aggravation n'est malheureusement que trop justifiée par les faits, et il est rare que, dans une affaire d'avortement, il n'y ait pas à

côté de la femme, le plus souvent passive, un homme de l'art et surtout une sage-femme : ainsi de 1846 à 1850, sur 75 accusations d'avortement comprenant 75 femmes et 25 hommes, Tardieu a trouvé parmi les coupables : 47 sages-femmes, 12 médecins, 2 pharmaciens-herboristes, 2 charlatans, 5 matrones ; aussi avoue-t-il qu'il faut, en définitive, « se résoudre à considérer presque exclusivement les crimes d'avortement comme l'œuvre des gens de l'art. » Chez quelques sages-femmes de Paris, ce crime constitue même une sorte d'industrie connue, presque avouée, et l'on trouve chez elles des quantités considérables d'ergot de seigle ou des instruments dont elles ne peuvent toujours expliquer la présence. Les matrones et les charlatans se contentent en général d'administrer des breuvages.

Quant aux *femmes* qui se font avorter, suivant Tardieu, elles sont généralement jeunes, de vingt à vingt-cinq ans ; presque toujours ce sont des jeunes filles séduites qui cherchent à faire disparaître les traces de leur faute. On trouve rarement des femmes mariées, mais il y en a des exemples.

L'*époque* de la grossesse à laquelle l'avortement est provoqué a été diversement indiquée : la fin des deux premiers mois, suivant Orfila ; — de trois à quatre mois et demi, d'après Devergie ; — du troisième au cinquième mois, selon Briand et Chaudé. Tardieu admet plutôt ce dernier chiffre. Ainsi, sur 88 cas d'avortement, 30 avaient eu lieu dans les trois premiers mois ; 39 de trois à six mois, et 19 après le sixième mois.

Les moyens employés pour provoquer l'avortement sont *indirects* ou *directs*.

A. **Moyens indirects.** — Il est rare que les femmes qui veulent se débarrasser de leur enfant, avant de recourir aux moyens extrêmes, n'aient pas d'abord eu recours à des pratiques plus ou moins efficaces et plus ou moins connues et vantées du vulgaire. Les principales sont : a. les *émissions sanguines*, qui, dans des cas très rares, peuvent en effet amener l'avortement ; l'expert devra rechercher et constater la présence des cicatrices de saignée sur les membres, principalement à la partie interne et supérieure des cuisses, et tacher d'apprécier, d'après la santé antérieure de la

femme, l'opportunité ou l'utilité d'une pareille opération (Tardieu); — b. les *bains*, rien ne prouve qu'ils puissent produire l'avortement; — c. les *marches forcées*, les *exercices plus ou moins fatigants*, les *chutes ou les coups volontaires*, la *constriction très violente du ventre*, ont été souvent essayés sans résultats positifs; en général, la plupart de ces moyens sont plutôt destinés à préparer des manœuvres directes faites ultérieurement; — d. les *substances abortives*, les *breuvages abortifs* ont une action plus sûre et sont largement employés; dans leur nombre, il en est d'absolument *inoffensives*, malgré leur notoriété abortive, comme la *scille*, l'*apiol*, la *salsepareille*, le *gaiac*, l'*aloès*, la *mélisse*, la *camomille*, la *matricaire*, l'*absinthe*, l'*armoise*, le *safran*, le *borax*, le *genièvre*, ainsi que la plupart des plantes sudorifiques ou diurétiques; aucune d'elles n'a jamais pu produire l'avortement (Tardieu). D'autres substances agissent comme de *véritables poisons* généraux et peuvent bien tuer le fœtus, mais souvent ils tuent en même temps la mère, tels sont l'*arsenic*, le *mercure*, les *cantharides* et le *sulfate de cuivre*. Enfin il existe une catégorie de substances qui ont une *action élective sur la matrice*, comme l'*iode*, l'*if*, la *sabine*, la *rue* et l'*ergot de seigle;* bien que leur pouvoir abortif ait été très discuté (Ollivier d'Angers), Tardieu pense que, dans certains cas, on ne peut nier qu'elles aient déterminé l'avortement; il rapporte un cas publié à Montpellier en 1868, dans lequel une femme avorta après avoir pris une potion contenant 4 grammes d'*iodure de potassium* pour 150 grammes de véhicule. Il faut ajouter à cette liste les *purgatifs drastiques* (aloès, gomme-gutte, coloquinte, huile de croton), dont l'usage un peu prolongé peut déterminer l'avortement (Gallard). L'*if* (*Taxus baccata*) semble plutôt agir comme un poison plus ou moins violent, mais dont les propriétés emménagogues et abortives sont tout à fait secondaires. La *sabine* parait avoir une action plus énergique: il existe des faits authentiques d'avortement provoqué par cette substance (Fodéré, Murray, Orfila); dans quelques cas même, elle a produit de véritables symptômes d'empoisonnement et la mort en même temps que l'expulsion du fœtus. La *rue*, surtout à l'état frais, a également une action

spéciale sur la matrice et détermine l'avortement, pour ainsi dire indépendamment des autres symptômes généraux. Suivant Hélie (de Nantes), qui a étudié particulièrement l'action de cette substance, l'avortement ne se produit pas, comme pour la sabine, dans les dernières convulsions de l'agonie, mais dans le cours même de l'empoisonnement, comme une des manifestations propres à la rue. L'*ergot de seigle* a une influence reconnue, parfaitement établie sur la contractilité de l'utérus ; mais il ne parait pas démontré que *seul* il puisse amener directement l'avortement (Tardieu, Millet, Danyau) ; il peut être employé concurremment avec d'autres moyens pour obtenir l'expulsion du fœtus, mais il ne résulte pas des observations sur la femme et d'expériences faites sur les animaux (Bonjean, Wright) qu'il jouisse de propriétés réellement abortives.

B. **Moyens directs.** — Ils sont beaucoup plus énergiques que les précédents, et ce sont, en réalité, les seuls qui provoquent à coup sûr l'avortement.

Ils consistent en manœuvres qui agissent directement sur la matrice, et ont pour but d'atteindre le fœtus ou ses membranes, dont la rupture peut amener la mort du produit de la conception ou son expulsion prématurée. Elles laissent en général des traces matérielles plus ou moins persistantes, mais ces traces peuvent aussi manquer absolument.

Les principales manœuvres sont : a. l'*introduction du doigt* dans le vagin, comme dans le toucher ordinaire, que la femme soit couchée ou debout ; dans certains cas où l'utérus est fortement abaissé, le col mou et entr'ouvert, le doigt peut arriver sur les membranes, les décoller ou les déchirer et déterminer ainsi l'avortement. Les cas de ce genre ne sont pas fréquents, mais, suivant Tardieu, ils peuvent se présenter ; c'est surtout dans ces circonstances que la femme peut arguer de sa bonne foi et dire qu'elle croyait à une simple exploration, sans savoir qu'il s'agissait d'un avortement ; il y a là une petite difficulté que ne doit pas ignorer le médecin légiste ; « beaucoup de victimes, dit Tardieu, soutiennent de la meilleure foi du monde que la sage-femme s'est bornée à leur introduire un doigt dans la matrice et que cette introduction n'a différé des précédentes

que par les suites ; » — b. l'*emploi d'un instrument*, c'est le cas le plus ordinaire; cet instrument peut être une sonde à dard ou une tige rigide quelconque, une tringle de rideau, une aiguille à tricoter, de bois ou de fer, une plume d'oie, un cure-dent, une épingle de châle, une épingle à cheveux, une baguette en bois, une broche de fer ou de fuseau, quelquefois un stylet mousse ou piquant, une sonde avec ou sans application de spéculum; dans certains cas, on élargit le col avec une éponge préparée, des tiges de laminaria, de racine de gentiane, ou tout autre corps susceptible de se gonfler par l'imprégnation des liquides; — c. l'*injection d'un liquide* (eau de savon, perchlorure de fer) dans la cavité utérine avec une seringue munie d'une longue canule, ou sur le col utérin seulement; ce procédé est très employé depuis quelques années; on a injecté ainsi de l'eau simple ou contenant des substances irritantes ; — d. l'*électricité*, destinée à provoquer les contractions utérines (Devouges).

Conséquences des manœuvres abortives. — Les effets produits par ces manœuvres, quelles qu'elles soient, peuvent être *immédiats* ou *consécutifs*.

A. **Effets immédiats.** — Ces effets sont très variables: quelquefois la femme ne sent rien ou presque rien au moment où l'on introduit l'instrument piquant dans la matrice; — d'autres éprouvent une sensation bizarre, plus ou moins définissable, d'autres enfin l'impression d'une simple piqûre; — si l'on a eu recours à une injection, elle a la sensation d'un liquide qui s'introduit dans la matrice sans beaucoup de douleur du reste. — Dans le cas le plus ordinaire, ces manœuvres déterminent une douleur instantanée, extrêmement violente, comme un déchirement dans le bas-ventre, avec des défaillances ou une perte complète de connaissance, en même temps qu'un écoulement peu abondant, mélangé de liquide amniotique. L'opération terminée, on engage la femme à retourner à pied chez elle pour favoriser l'écoulement du sang et les contractions utérines.

B. **Effets consécutifs.** — En dehors des *pertes* qui peuvent se répéter plus ou moins graves, plus ou moins fréquentes après l'opération, le principal résultat de ces ma-

nœuvres est l'apparition du travail et l'*expulsion du fœtus*, avec tout l'appareil symptomatique de l'enfantement. L'*époque* de l'avortement est variable. Orfila, sur 34 cas, avait trouvé comme minimum treize heures et demie et comme maximum six jours. Tardieu a constaté que dans les cas de *piqûres*, de *perforation* des membranes, l'avortement avait eu lieu quelquefois immédiatement après la déchirure de ces membranes, d'autres fois moins de douze heures, vingt-quatre heures, deux, trois, quatre jours, très rarement après six, sept, huit ou onze jours ; il pense que le minimum et le maximum varient de cinq heures à onze jours ; — s'il s'agit d'*injection intra-utérine*, l'avortement est encore plus rapide, l'expulsion du fœtus peut avoir lieu en quelques heures. Tardieu ne l'a jamais vu dépasser dix-huit heures. Quant aux suites de cette variété d'avortement, elles sont beaucoup plus graves que celles des fausses couches ordinaires; les principaux accidents sont : un affaiblissement général plus ou moins marqué, une menstruation irrégulière, l'inflammation de la matrice et de ses annexes, la rétention du placenta, enfin la mort, qui, sur 116 avortements criminels, a été 60 fois la conséquence des manœuvres abortives (Tardieu).

Cette terminaison funeste peut survenir à la suite d'une hémorrhagie foudroyante, d'une inflammation de la matrice et du péritoine, d'une syncope subite résultant de l'excès de la douleur, ou des suites de l'accouchement. Tardieu cite encore, comme conséquences possibles des manœuvres de l'avortement, des tumeurs des ovaires, des foyers purulents dans le bassin, enfin la dégénérescence cancéreuse de la matrice.

Constatations médico-légales de l'avortement. — Elles comprennent l'examen de la *femme* et l'examen du *produit de la conception*.

a. **Examen de la femme.** — Trois cas peuvent se présenter : 1° l'avortement vient de se produire; — 2° l'avortement est ancien et date de plusieurs jours; — 3° la femme est morte, et l'expert est appelé à établir si la mort est le résultat de l'avortement.

Si l'avortement est *récent*, au toucher, on trouvera l'ori-

fice externe du col encore entr'ouvert, et l'orifice interne fermé ; il peut arriver que ce dernier soit également entr'ouvert ; dans ce cas, le fœtus a pu être expulsé, mais la matrice contient encore le délivre ; la présence et l'odeur des lochies indiqueront suffisamment dans quel état est la femme (Legrand du Saulle).

Si l'avortement est *ancien* ou date de plusieurs jours, le diagnostic est plus difficile, parce que toutes les traces de manœuvres ou de travail peuvent avoir disparu, et l'on ne retrouve ni par le toucher ni au spéculum les cicatrices d'une blessure ou d'une déchirure de l'utérus. Il faut dans ce cas interroger avec soin la femme, examiner ses actes, les conditions générales de sa santé, et les circonstances particulières de sa grossesse. Souvent la femme, pressée de questions, avoue l'avortement ou les tentatives d'avortement, et l'expert, s'appuyant sur ces aveux, peut retrouver des symptômes ou des indices indiquant nettement des manœuvres abortives.

Si la femme a *succombé*, l'examen du cadavre facilite singulièrement les recherches, qui cependant, de l'aveu de Tardieu, ne sont pas toujours décisives, en raison des lésions inflammatoires multiples qu'on peut trouver du côté du péritoine, de la matrice, de ses annexes ou des organes voisins. L'expert examinera tout d'abord l'utérus, dont la cavité présentera presque toujours les signes évidents du travail de la gestation ; c'est-à-dire que tantôt il contient encore l'œuf, et alors il faudra rechercher les traces de décollement ; tantôt l'œuf est expulsé, mais on retrouvera la place d'insertion du placenta ; on pourra constater encore : les lésions caractéristiques de l'inflammation de la matrice ou du péritoine ; — une métro-péritonite avec une suppuration plus ou moins abondante ; — des désordres limités au col de l'utérus ou beaucoup plus marqués sur cette partie que sur le corps de la matrice ; — des traces de violences consistant en piqûres, perforations ou déchirures, facilement reconnaissables et apparaissant sous l'aspect de petites plaies qui siègent soit dans l'intérieur même de la matrice, soit dans l'épaisseur des parois, mais le plus souvent sur le col seulement ; quelquefois même l'utérus est complètement

perforé; enfin dans certains cas, on trouve des désordres considérables : l'utérus est déchiré par des perforations multiples, largement ouvertes, traversé par des piqûres nombreuses, ou bien renversé, tiré au dehors, arraché en totalité ou en partie avec des lambeaux du péritoine, des intestins et du vagin (Tardieu).

La question des *perforations* de la matrice est une des plus sérieuses qui puissent se présenter à l'expert dans les cas d'avortement. Aussi Tardieu insiste-t-il longuement sur ce point. L'expert, dit-il, doit établir de la manière la plus précise : « 1° que la lésion a bien réellement été faite pendant que la femme était encore vivante et non, comme le prétendait un accusé, par l'inadvertance des médecins chargés de l'autopsie cadavérique; — 2° que la perforation n'est pas le résultat d'un coup ou d'une chute accidentelle survenue pendant la grossesse, plus ou moins longtemps après la mort; — 3° qu'elle ne constitue pas une de ses ruptures spontanées qui, sous l'influence de causes diverses, peuvent se produire par le seul effet des contractions de l'utérus; — 4° que les accidents qui ont précédé la mort et la mort elle-même sont bien les conséquences de la blessure; — 5° qu'enfin, en déterminant aussi exactement que possible l'époque à laquelle a eu lieu la perforation, on la voit correspondre à celle que l'information assigne aux manœuvres abortives. »

Le diagnostic entre les *ruptures spontanées* et les déchirures dues à des manœuvres criminelles s'établira sur les symptômes, leur mode d'apparition, leur marche, leur durée et enfin les lésions anatomiques.

Fréquence. — Un premier fait intéressant à noter, c'est que les ruptures spontanées sont extrêmement rares; à la Maternité de Paris, de 1839 à 1848, sur 31560 accouchements, il n'y en a pas eu un seul cas; de 1848 à 1878, sur 18299 accouchements, il y a eu 11 ruptures spontanées seulement.

Époque des ruptures. — Elles ont presque toujours lieu dans la grossesse à terme, pendant le travail même de l'accouchement, très exceptionnellement avant le sixième mois, et dans ce cas elles résultent presque toujours de violences

extérieures comme des plaies par des coups de corne d'animaux, des coups de feu, ou des instruments aigus et tranchants.

Ces ruptures s'expliquent souvent, en dehors de la question de violences, soit par une altération plus ou moins profonde du tissu utérin (amincissement anormal des parois, ramollissement atrophique, apoplectiforme, inflammatoire ou gangréneux, production hétéromorphe de la matrice), soit par une cause de dystocie (vice de conformation du bassin, surtout son rétrécissement ou un développement anormal du fœtus), qui s'opposera à l'expulsion du produit fœtal; soit enfin par des manœuvres obstétricales mal dirigées ou faites hors de propos.

Tardieu a peine à admettre des ruptures spontanées au deuxième ou troisième mois, on doit suivant lui, soupçonner fortement des manœuvres abortives. Les perforations criminelles se rencontrent plutôt au début de la grossesse, du troisième au quatrième mois, elles sont plus rares au moment même de l'accouchement. Bien entendu on ne trouvera rien du côté de la matrice et du bassin, aucune lésion qui puisse expliquer des efforts de contraction extraordinaire de la matrice et par suite de rupture constatée à l'autopsie. « Il est bien clair en effet, dit Tardieu, que si le tissu de la matrice est sain, si aucune blessure intérieure ne l'a atteinte, si d'un autre côté la bonne conformation du bassin, la présentation normale de l'enfant, la dilatation naturelle et régulière de l'orifice du col, laissent la voie libre au produit de la conception, il est impossible d'admettre que les contractions utérines, au lieu d'expulser le fardeau que la matrice renferme, déchirent les parois de l'organe. Et si, dans ces onditions, l'utérus est déchiré et perforé, la lésion devra être attribuée, avec toute vraisemblance, à une perforation par un instrument introduit dans l'intérieur de la matrice ou à un arrachement résultant de tractions violentes exercées sur le fœtus et ses annexes ou sur l'utérus lui-même. »

Quant à une perforation résultant d'une opération obstétricale, l'expert devra précisément apprécier la nécessité ou l'opportunité d'une pareille intervention.

Symptômes, marche et terminaison. — La déchirure spontanée de la matrice est caractérisée par les symptômes suivants : pendant le travail de l'accouchement, douleur extrêmement vive avec sensations de déchirement et d'un bruit particulier; pâleur et décomposition du visage, hoquets, nausées, vomissements, lypothymies, refroidissement des extrémités, affaiblissement rapide et considérable du pouls, et mort en quelques heures. Quelquefois, d'après P. Dubois, pas de phénomènes bien caractéristiques, pas de sensation de déchirement interne, pas de syncope, mais des hémorrhagies abondantes, cessation absolue, soudaine de tout travail avec inertie complète de l'utérus et altération profonde de tout l'organisme; en même temps la tête qui était au détroit inférieur remonte dans la cavité abdominale. Les ruptures qui ont lieu à une époque plus ou moins éloignée de l'accouchement ne présentent pas ce caractère important de l'arrêt instantané du travail avec ascension de la tête; on observe seulement les troubles généraux mentionnés plus haut et des lésions inflammatoires de la matrice et du péritoine.

Les symptômes généralement indiqués comme les signes de la rupture spontanée de l'utérus, à savoir : la violence des douleurs avant la rupture, une douleur d'un caractère particulier au moment de l'accident, l'hémorrhagie, l'arrêt immédiat des contractions, le recul de la partie qui se présente, la production rapide du collapsus, et les convulsions, ces signes, suivant Achburton Thompson, sont loin d'être constants : dans 73,4 pour 100 des cas, les contractions n'eurent aucun caractère diagnostique; dans 57,8, la douleur caractéristique au moment de l'accident ne se produisit pas; dans 47 , l'action de l'utérus après la rupture ne put donner aucune indication; dans 66 cas pour 100, le collapsus ne survint pas brusquement ; dans 75,8 le fœtus ne remonta pas quoiqu'il n'y a pas d'obstacle; enfin il ne se produisit ni hémorrhagies externes, ni convulsions.

Lésions anatomiques. — « Les ruptures spontanées ont *un siége à peu près constant* et *assez circonscrit,* au moins celles qui surviennent pendant l'accouchement : elles occupent ordinairement un des côtés du corps de la matrice, un des

bords, surtout le gauche, se prolongeant depuis l'un des angles supérieurs jusqu'à l'insertion du vagin sur le col ou la naissance même du col » (Tardieu.) Les perforations dans les manœuvres abortives *n'ont pas de siége particulier* ; on peut les rencontrer sur tous les points de l'organe, le plus souvent sur le col mais pouvant intéresser aussi bien le fond que les autres parois de l'utérus ; les déchirures par arrachement ont presque exclusivement leur siège à la partie inférieure et surtout à la réunion du col avec le corps de la matrice. Les ruptures spontanées ont *toujours des dimensions plus grandes* que celles des perforations abortives ; elles sont généralement assez larges pour permettre au fœtus de passer dans la cavité abdominale. Elles présentent une *forme* et des caractères qu'on ne trouve pas dans l'avortement criminel : la solution de continuité « est irrégulière, à bords déchiquetés plus ou moins contus et désorganisés, réduits souvent à une sorte de frange membraneuse très mince. » (Tardieu.) Plus tard, quand la mort n'a pas été immédiate, la déchirure est élargie, ses bords sont infiltrés pus et détruits par place par une sorte de travail d'ulcération. Les perforations produites par des manœuvres abortives, outre qu'elles ne présentent pas ces dernières modifications, sont plus petites, régulières, et offrent en général d'une façon assez exacte, la forme et les dimensions de l'instrument dont on s'est servi.

b. **Examen du produit de la conception.** — L'expert aura à examiner le *fœtus* et ses *annexes*.

Fœtus. — Suivant Tardieu, « le point capital, dans l'examen du produit de conception expulsé prématurément par suite de manœuvres criminelles, est de rechercher, après la constatation de la nature de ce produit, si son corps où ses débris portent les traces appréciables de ces manœuvres. Il n'est jamais utile de savoir, s'il était vivant au moment ou a été pratiqué l'opération. » Le rôle de l'expert est de constater l'avortement et non de rechercher l'infanticide. C'est au moins l'opinion de Tardieu, contrairement aux doctrines d'Orfila et de Devergie. Il ne lui parait même pas nécessaire de déterminer l'état du produit expulsé, détermination qui n'a pas d'utilité directe et ne peut servir qu'à contrôler certaines assertions de la femme.

Dans les premiers temps de la grossesse, le fœtus peut être confondu avec un caillot sanguin. Après un lavage pour enlever le sang, un examen attentif permettra de reconnaitre les éléments du placenta et du fœtus. A une époque plus avancée, on peut trouver l'œuf entier, intact, ou bien les membranes sont décollées, plus ou moins déchirées; d'autres fois enfin, on ne rencontre que des débris de fœtus, débris dont la présence seule suffit pour démontrer les manœuvres abortives; quand le fœtus expulsé de l'utérus est retrouvé il faut rechercher sur le corps les traces de violences ou de blessures qui sont généralement moins fréquentes que sur la matrice. Devergie professait qu'on les rencontre plus particulièrement sur les fesses et le dos. Tardieu pense qu'elles siègent le plus souvent au sommet, ce sont ordinairement des piqûres superficielles n'intéressant que les téguments, mais pénétrant quelquefois dans la cavité crânienne. C'est donc sur la tête que l'expert devra surtout diriger ses recherches soit à l'aide de simples lavages, soit en disséquant la partie lésée. Il aura encore à examiner l'état extérieur du fœtus pour déterminer à quelle époque il a cessé de vivre dans la matrice, nous verrons plus particulièrement cette question au chapitre de l'*Infanticide*; disons dès à présent que d'après les recherches d'Orfila, de Devergie, de Moreau, de P. Dubois et de Cazeaux, le fœtus mort depuis quelque temps et qui a séjourné dans l'utérus après les manœuvres abortives offre une teinte rouge brun, uniforme, très caractéristique; si le séjour se prolonge, le fœtus se ride, se dessèche et devient comme momifié. Quelquefois même, si la grossesse est peu avancée, le corps se transforme en une masse gélatiniforme.

Annexes. — L'examen du liquide amniotique, des membranes du placenta et du cordon viendra compléter les recherches sur la réalité d'un avortement suspect; pour les taches produites par le liquide amniotique, qui ont été étudiées particulièrement par Chevallier et Devergie, nous renvoyons à la deuxième partie de cet ouvrage (Chapitre des *Taches*).

L'expert devra rechercher si les membranes de l'œuf présentent des perforations, si le placenta offre des traces d'hémorrhagies ou des dégénérescences morbides, pouvant expliquer l'avortement, enfin si le cordon ombilical est normal ou

présente certaines dispositions (un nœud) qui empêchent la circulation fœtale, tuent le fœtus et expliquent son expulsion *spontanée* avant le terme de la grossesse.

M. Gallard a encore indiqué comme signe de l'avortement l'expulsion en bloc du produit de la conception, suivant lui : « 1° pendant les six derniers mois de la grossesse, l'avortement, même quand il est tout à fait spontané, se fait habituellement en deux temps, comme l'accouchement à terme : l'expulsion du produit de la conception est généralement précédée de la rupture des membranes et suivie, après un certain temps, de l'expulsion du placenta.

« 2° Dans les trois premiers mois, les choses se passent d'une façon toute différente, et il est de règle de voir l'œuf expulsé en entier, en bloc, sans rupture des membranes.

« 3° Si donc on trouve, pendant les trois premiers mois de la grossesse, un produit d'avortement dont les membranes ont été rompues, et dont l'embryon a été expulsé *seul*, on doit rechercher quel est l'état pathologique qui a déterminé cette infraction à la règle générale, on est autorisé à attribuer cet avortement à une action traumatique exercée directement sur le produit de la conception. »

M. Leblond a cité à l'appui 17 faits dans lesquels l'avortement spontané s'était fait en bloc à une période de la grossesse de un mois à huit ou dix semaines, seize fois sans rupture des membranes, une seule fois avec rupture. Cette opinion de M. Gallard donna lieu à une vive discussion à la Société de médecine légale, (séance du 13 novembre 1876), et à une longue discussion, à la quelle prirent part MM. Charpentier, Gallard, Leblond, Devergie, Manuel, Lunier, Pénard, Hémard, Lagneau ; il résulte des débats que la Société, sans émettre de vote définitif sur cette question, adopte dans une certaine limite les conclusions de M. Charpentier, ainsi formulées :

« 1° L'état actuel de la science ne permettant bas de fixer d'une façon absolue l'âge exact de la grossesse, et un écart de trois semaines étant toujours possible entre le début vrai et le début supposé de cette grossesse, il est impossible de déterminer exactement l'âge des produits abortifs que l'on aura à examiner. Les chiffres que nous adoptons ne présen-

tent donc rien d'absolu, tout en étant cependant suffisants pour nous permettre d'établir certaines règles.

« 2° Dans les dix premières semaines, l'avortement se fait presque toujours en bloc, le volume et la cavité de l'œuf étant à cette époque extrêmement minime.

« 3° De la sixième à la dixième semaine ou environ, l'avortement peut encore se faire en bloc; mais il se fait au moins aussi souvent en deux temps; tout dépend de la résistance de l'œuf, de la force des contractions utérines, de la résistance du col, des adhérences de l'œuf ou de ses altérations;

« 4° L'absence du fœtus ne prouve pas l'intervention criminelle; car le fœtus peut avoir subi la dissolutiou, si l'œuf mort a séjourné encore longtemps dans la cavité utérine,

« 5° A partir de trois mois, trois mois et demi, la rupture est la règle, l'avortement se fait en deux temps : expulsion du fœtus, expulsion du placenta, cette dernière partie de l'avortement pouvant durer plus ou moins longtemps;

« 6° Jusqu'à quatre mois, le cordon est beaucoup trop faible pour résister aux tractions qui seraient exercées sur lui dans le but d'extraire le placenta;

« 7° La rupture des membranes ne peut donc être considérée à elle seule comme un signe d'avortement provoqué. On n'est pas autorisé à en faire un signe de certitude d'avortement criminel, même lorsqu'on la constate dans les premiers mois. »

Avortement naturel ou accidentel. — Suivant Pajot, cet avortement peut être produit par quatre ordres de causes : 1° Des *causes prédisposantes* qui dépendent de la mère, du produit de la conception ou du père. Du côté de la *mère*, ce sont des causes générales telles que le tempérament, l'état pléthorique (Goubert), la faiblesse de constitution, les maladies aiguës ou chroniques, particulièrement les fièvres éruptives, la pneumonie, la syphilis, la scrofule, la diathèse tuberculeuse ou cancéreuse, enfin l'intoxication saturnine, alcoolique, iodique ou hydrargyrique (Legrand du Saulle); ou des causes locales comme les vices de conformation du bassin, les inflammations ou les adhérences de l'utérus ou de ses annexes etc. — Du côté de l'*œuf*, les maladies des membranes ou du placenta (apoplexie ou décollement) l'hydropisie de

l'amnios, les moles, les hémorrhagies utéro-placentaires. — Du côté du *père*, l'âge (trop jeune ou trop vieux), les excès, les habitudes alcooliques.

2° *Des causes accidentelles* ou *déterminantes*. — Dans les cas où il existe une cause prédisposante, il suffit quelquefois du moindre accident, de la cause le plus légère pour que l'avortement se produise. Le plus ordinairement, il faudra le concours de circonstances particulières, de commotions violentes, de chutes, l'abus du coït, etc., pour déterminer l'expulsion du fœtus.

3° Des *causes efficientes* qui dépendent plutôt de l'obstétrique que de la médecine légale et que nous ne pouvons détailler ici.

4° Enfin des *causes spéciales*, c'est-à-dire de l'intervention volontaire de la femme ou d'une personne étrangère dans la production de l'avortement, autrement dit l'avortement criminel, que nous avons étudié longuement dans les pages précédentes.

3° **Avortement médical.** — L'avortement médical ou obstétrical, auquel, dans certains cas exceptionnels, l'accoucheur est obligé d'avoir recours pour sauver la mère d'une mort inévitable, peut malheureusement servir de prétexte à un avortement criminel; c'est la crainte qu'exprimait Bégin en 1852, dans une discussion sur l'avortement provoqué . « Si cette pratique recevait notre sanction, disait-il, elle s'étendrait inévitablement, l'abus succéderait à l'usage. A côté de l'exercice régulier de l'art, comme à côté de toute action faite à bonne intention, se rencontre presque toujours l'action analogue exécutée dans un but criminel. Et alors comment les distinguer? Je voudrais que l'accoucheur qui a cru absolument nécessaire de provoquer l'avortement fut obligé d'en faire la déclaration dans un délai déterminé, sous peine d'être accusé d'avortement clandestin et par conséquent criminel. »

Suivant P. Dubois, cette opération ne doit être faite que dans des conditions très précises, dans des cas absolument déterminés et faciles à préciser; les indications qui autorisent et justifient l'avortement provoqué sont : « les difformités poussées à l'extrême, le rétrécissement du bassin porte

de 75 à 84 millimètres au détroit supérieur, les tumeurs qui ne peuvent être ni enlevées ni déplacées, le plus haut degré du rachitisme, le rétrécissement du vagin, les hydropisies, les déviations de l'utérus, les hémorrhagies et les vomissements incoercibles, certains cas de convulsions. » (Tardieu.) En tout cas, cette opération ne doit être considérée que comme une ressource extrême, et les procédés opératoires diffèrent sensiblement des manœuvres abortives; ceux qui ont été surtout préconisés sont : les *douches d'eau froide* ou chaudes projetées sur le col de la matrice (Kinisch. P. Dubois, Simpson, Campbell), qu'on emploie surtout dans les derniers mois de la grossesse et non du troisième au quatrième mois; — l'introduction de l'*hystéromètre*, l'*emploi de l'éponge préparée*, qu'on introduit dans le col de l'utérus pour en obtenir la dilatation; on a encore conseillé l'usage de cette éponge préparée dans certaines maladies de la matrice (Prosper Yvaren); mais, dans ce cas, l'éponge n'est introduite que dans le vagin : c'est une sorte de suppositoire volumineux qui ne pénètre pas dans le col utérin. — M. Tarnier a proposé, dans les cas d'avortement provoqué, de remplacer l'éponge préparée par une sonde dont l'extrémité, terminée par une boule en caoutchouc, peut se gonfler à volonté à l'aide d'un liquide. Cette sonde introduite dans l'utérus, on injecte le liquide. Le contact plus ou moins prolongé de cette boule dilatée amène la rupture de l'œuf, détermine des contractions énergiques de l'utérus, et par suite l'expulsion du fœtus. — On a essayé aussi l'emploi de l'*électricité* ou de *ventouses* sur les membres inférieurs, surtout dans le cas d'avortement criminel; on a enfin employé les injections de *chlorhydrate* de pilocarpine (Kleinwater).

4° **Avortement simulé.** — Tardieu rapporte un cas, unique dans les annales de la médecine légale, d'un avortement simulé : il s'agissait d'une sage-femme de Melun qui, voulant se débarrasser d'une autre sage-femme, l'avait dénoncée comme coupable d'avortement pratiqué sur une ancienne domestique qui se prêta à cette infâme machination. La simulation fut découverte et démontrée par le docteur Saint-Yves. « Un pareil fait, dit Tardieu, n'a pas besoin de commentaires, il porte avec lui tout un enseignement; on a

dit bien souvent que tout est possible; cela est vrai, surtout dans quelques-uns des faits qui se présentent à l'observation du médecin légiste, et, parmi ceux-ci, l'avortement simulé occupera désormais une classe à part. »

Des difficultés de l'expertise médico-légale en matière d'avortement. Conduite de l'expert. — Le rôle du médecin légiste est très délicat et présente souvent des difficultés sérieuses, car l'expert peut se trouver en présence d'accusés fort au courant des choses de l'obstétrique, et qui ne manqueront de discuter ses recherches, ses conclusions, de donner des interprétations parfois les plus fausses aux faits constatés sur la victime. « Je sais par expérience, dit Tardieu, qu'il n'est pas de théorie si impossible, d'hypothèses si monstrueuses, qui ne puissent surgir dans la défense des accusations d'avortement; j'ai entendu les voix les plus éloquents se faire, devant le jury, l'écho des thèses médicales les plus incroyables. »

On peut *nier* d'abord le fait de la grossesse et de l'avortement, surtout lorsque ce dernier a été pratiqué à une époque peu avancée de la gestation, le produit de la conception a disparu et l'on constate seulement une perte dont il n'est pas toujours facile d'indiquer l'origine. Il faudra se prononcer alors d'après l'interrogation de la femme et l'examen du col utérin et de la matrice.

Le plus ordinairement, on met l'avortement sur le compte d'un *accident*, d'une *fausse couche naturelle*; l'expert sans tenir compte de cette allégation devra rechercher s'il n'existe pas des indices de manœuvres coupables, et se prononcer sur l'hypothèse d'un avortement naturel, uniquement d'après l'examen physique de la femme. Quant aux accidents, ils ne seront admis que sous réserve, et seulement après la constatation des traces matérielles qui ont pu laisser des coups, une chute ou une blessure quelconque; on devra encore en déterminer l'époque précise et voir s'il ne s'agit pas d'une simple coïncidence.

Quelquefois, on invoque un état général, une prédisposition constitutionnelle, de prétendues causes morbides qui ont eu pour conséquences naturelles l'avortement; d'autres fois une maladie des membranes du fœtus ou du placenta.

Le diagnostic se basera surtout sur la constatation des états pathologiques allégués ainsi que sur l'examen du produit fœtal et du délivre.

Dans certains cas enfin, les accusés prétendent que l'emploi de certains moyens préliminaires (saignées, fumigations, bains ou médicaments divers, etc.), a eu pour but de provoquer le rappel des règles ou de prévenir une fausse couche imminente. « Mais, dit Tardieu, lorsque, par exemple, on trouve soit près des organes sexuels les piqûres de cent cinquante sangsues, appliquées dans un court espace de temps, soit aux bras ou aux pieds les cicatrices de saignées répétées ; lorsque, d'un autre côté, la constitution de la femme, l'état de la circulation, l'auscultation des bruits du cœur, établissent, comme cela arrive le plus souvent, des contre-indications formelles à un pareil traitement ; lorsque les substances employées ont une action spécifique notoire, ou que les moyens employés pour prévenir une fausse couche prétendue imminente sont précisément de nature à la favoriser et à la précipiter, on trouve, dans ces contradictions flagrantes, de précieux éléments de conviction et de jugement. »

Il en est de même lorsque les accusés, appartenant au corps médical qu'ils déshonorent, prétendent avoir été dans la nécessité de provoquer l'accouchement prématuré, et affirment qu'ils ont fait avec intention l'avortement. D'après les règles posées par P. Dubois et que nous avons citées plus haut, l'expert aura à établir, à démontrer que rien dans la structure du bassin, dans l'état du fœtus ou dans la constitution générale de la femme, ne justifiait une pareille opération.

Ajoutons que, dans toutes les recherches relatives à un avortement, le médecin légiste devra recueillir et examiner les poudres, les tisanes, les flacons contenant des produits suspects, ainsi que les instruments pouvant servir à des manœuvres abortives.

Une autre question peut encore être posée : *Une femme peut-elle, à l'aide des moyens précédemment décrits se faire avorter elle-même et sans l'aide de personne?* Le fait est possible pour les injections sur le col de l'utérus ; mais, fait

remarquer M. Gallard, le moyen n'a de chances de réussir que dans les derniers mois de la grossesse, et les femmes y ont rarement recours. Quant à l'introduction de tiges rigides dans l'intérieur de la matrice, elle est très difficile. Cependant Tardieu ne nie pas que le cas puisse se présenter ; M. Gallard conseille à l'expert la plus grande réserve, et l'engage à se limiter au fait particulier qui lui est soumis.

Suivant M. Gallard, l'avortement spontané est toujours la conséquence d'une maladie de la mère ou du fœtus.

En général, il ne survient pas brusquement, comme un accident absolument imprévu et qui surprend par sa soudaineté : au contraire, c'est presque toujours un événement prévu et redouté à tel point, que le plus souvent on aura eu le temps de le conjurer par des moyens divers et surtout le repos. La femme qui veut se faire avorter, au lieu de se reposer, continue à vaquer à ses affaires, et s'impose, malgré ses pertes, des courses longues et fatigantes.

Au point de vue de l'ensemble des symptômes, il y a une différence notable entre l'avortement accidentel et l'avortement criminel.

L'avortement médical est rarement suivi de mort. Sur 26 cas relevés par M. Pussot, il n'y a pas eu une seule terminaison funeste. Cette différence avec l'avortement criminel, dont les suites sont souvent mortelles, tient d'abord à la brutalité des manœuvres auxquelles sont soumises les victimes et ensuite au défaut de soins consécutifs donnés à la femme.

M. Gallard pense qu'actuellement les femmes qui se font avorter n'attendent plus le troisième mois de la grossesse ; car moins celle-ci est avancée, plus le crime est facile à dissimuler, plus les traces disparaissent facilement et plus le corps du délit peut être détruit ou soustrait aux recherches de la police.

Le simple toucher digital peut-il réellement déterminer l'avortement à un moment donné de la grossesse? — Cette question peut être posée lorsque la femme avortée prétend qu'on s'est contenté de pratiquer le toucher ordinaire, sans l'emploi d'aucun instrument, pour faire revenir les règles et qu'elle a vu disparaître tous les signes d'une grossesse commençante.

Suivant M. Gallard, le fait n'est pas absolument impossible; mais dans les *premiers mois de la grossesse*, la pénétration du doigt dans la cavité utérine est si difficile que la chose doit être considérée comme tout à fait exceptionnelle. Du reste, dans les cas de ce genre, il engage l'expert à ne pas conclure d'une façon absolue et en termes généraux, mais à se limiter au fait lui-même ; il conseille de faire une réponse de ce genre : « Il ne m'appartient pas de rechercher si, en général, on peut, avec le toucher digital seul, déterminer un avortement; mais je puis affirmer que telle personne, dont j'ai examiné le doigt, n'a pu faire avorter telle autre personne que j'ai également examinée, et alors que la grossesse n'avait pas encore dépassé telle époque à laquelle l'instruction a établi que l'avortement s'est effectué. »

On peut trouver sur le cadavre depuis les désordres les plus sérieux jusqu'aux lésions les plus légères, qui malgré leur peu d'étendue peuvent avoir une importance considérable.

Dans certains cas, on constate des lésions assez graves pour déterminer la mort, sans que l'œuf ait été atteint et sans que l'avortement ait suivi les manœuvres criminelles. Quelquefois au contraire, on reconnait que l'avortement et la mort ont été le résultat d'une blessure à la paroi interne et pourtant la lésion n'est plus apparente; dans les cas douteux, dit M. Gallard, le devoir de l'expert est d'en informer les magistrats; il indique encore, comme ayant dans ces circonstances une certaine valeur , l'existence de *petites ecchymoses* siégeant au fond du vagin, sous la muqueuse qui tapisse les culs-de-sac et surtout sous celle du museau de tanche. Ces ecchymoses seraient dues, suivant lui, aux contusions exercées sur le fond du vagin et sur le col utérin par la manœuvre des instruments introduits dans ces organes. On ne les trouve pas dans les avortements naturels ou dans les accouchements à terme effectués sans le secours d'instruments obstétricaux.

La disparition ou la suppression du fœtus , suivant Gallard, est déjà une présomption en faveur de l'avortement criminel; dans les cas d'avortement accidentel, on

prend au contraire des précautions pour conserver le corps et le soumettre à l'examen médical.

L'intégrité absolue du fœtus n'a aucune valeur, au point de vue de la question d'avortement, tandis que les lésions ont au contraire une importance capitale.

Sur ce point, M. Gallard ne partage nullement l'opinion de Tardieu, et pense que l'expert doit surtout chercher à déterminer l'âge approximatif du fœtus. Ce premier point établi, il devra établir un rapprochement entre les lésions constatées sur la mère et sur l'enfant, et démontrer le corrélation qui peut exister entre ces lésions.

DE L'ACCOUCHEMENT

Législation. — Nous avons cité précédemment, à propos de la naissance, les articles de la loi relatifs aux déclarations de naissances et à la recherche de la maternité. Nous n'y reviendrons pas ; nous citerons encore l'article 345 du Code pénal ainsi conçu :

> Les coupables d'enlèvement, de recel ou de substitution d'enfant à un autre, ou de supposition d'un enfant à une femme qui ne sera pas accouchée, seront punis de la réclusion.

Les circonstances relatives à l'accouchement dans lesquelles l'intervention du médecin légiste peut être réclamée sont : la constatation de la grossesse, les conditions de l'accouchement lui-même, la déclaration de la naissance, la recherche de la maternité, la responsabilité des médecins ou des sages-femmes, les attentats dont le nouveau-né peut être la victime, etc.

Il est donc important de connaître à fond les signes de l'accouchement et les circonstances dans lesquelles il s'est produit.

Signes de l'accouchement. — Ces signes varient suivant que l'accouchement est *récent* ou *ancien*. L'accouchement peut avoir lieu aussi *après la mort*.

A. **Accouchement récent.** — On entend par là un accouchement qui ne remonte pas au delà de *dix jours* (Legrand

du Saulle). Les signes qui permettront de le reconnaître sont : l'état *général*, l'état *local* et l'*examen des produits expulsés*.

a. *État général.* — Les signes fournis par l'examen général de la femme n'ont pas une valeur absolue, mais peuvent déjà donner une forte présomption en faveur d'un accouchement supposé; les principaux sont : le *masque* caractéristique de la grossesse, siégeant surtout au front, à la lèvre supérieure et au menton; — l'*aréole des seins* dont la coloration brune a également une grande signification ; — la *ligne brune sous-ombilicale*, qui a moins de valeur, car on l'observe également en dehors de la grossesse; — les *vergetures* situées sur les parois abdominales et à la partie antérieure et supérieure des cuisses : ces vergetures, violacées pendant la grossesse et l'accouchement, prennent une coloration rosée ou lie de vin après l'accouchement et finissent par blanchir à la longue; — le *gonflement* des seins; — l'*embarras* de la marche ; — quelquefois l'*œdème* des membres inférieurs ; — enfin l'*habitus général* de la femme qui est d'une pâleur extrême, faible, abattue, essoufflée et présente tous les signes d'une anémie plus ou moins profonde, résultant de la perte de sang plus ou moins abondante qui accompagne tout accouchement. Ces pertes sont surtout marquées dans les accouchements clandestins, où la femme est généralement privée de soins.

b. *État local.* — Les signes de cet ordre ont une valeur absolue et permettent d'affirmer la grossesse : « *Immédiatement après l'accouchement*, la vulve est béante, les grandes et les petites lèvres sont rouges et tuméfiées; les rides du vagin sont plus ou moins effacées, selon que la femme en est à sa première couche ou qu'elle a eu déjà plusieurs enfants. Si elle est primipare, la fourchette est ordinairement déchirée et sanguinolente; l'orifice utérin, mou et dilaté , permet d'introduire un ou plusieurs doigts, presque dans l'intérieur de l'organe, dont les lèvres sont allongées, gonflées et souvent fendillées. » (Briand et Chaudé.) Dans la région hypogastrique, on sent une tumeur arrondie, mobile, du volume du poing , située un peu à droite au-dessous de l'ombilic; la compression de cette tumeur provoque des douleurs vives, enfin la ligne blanche est élargie et amincie; la peau du

ventre est souple, molle et comme plissée. — L'écoulement qui avait accompagné l'expulsion du fœtus s'arrête immédiatement après, pour recommencer *au bout de quelques heures* (Briand et Chaudé); ce sont les lochies qui s'établissent définitivement du deuxième au troisième jour. — Il ne paraît pas exister de différence entre le sang des règles et le sang provenant d'un accouchement ou d'un avortement. Suivant Lecanu, dans l'état actuel de la science, il n'y a aucun moyen d'en faire la distinction. D'après Pajot, le sang des lochies présenterait au microscope une quantité plus ou moins considérable de globules purulents.

La présence du lait dans les seins a une grande importance au point de vue du diagnostic, mais non une valeur absolue parce qu'on en a trouvé en dehors de l'accouchement, chez des enfants nouveau-nés, des vierges et même des hommes (Casper). — Inversement, l'absence du lait ne prouve rien contre la possibilité d'un accouchement.

La présence de l'hymen prouve qu'il n'y a pas eu accouchement d'un enfant à partir du 5e ou 6e mois; son absence ne prouve absolument rien (Casper).

L'écoulement lochial diminue ou s'arrête complètement du troisième au quatrième jour, au moment où apparaît la *fièvre de lait*. — A cette époque, les seins, mous et volumineux, laissent écouler par la pression du mamelon un lait jaunâtre séreux, d'une saveur peu agréable, le *colostrum*. — Cette fièvre de lait, caractérisée par la sécheresse et la chaleur de la peau, de la céphalalgie, sans frisson, est généralement plus intense chez les femmes qui n'allaitent pas. Elle dure ordinairement six, huit, dix, douze ou vingt-quatre heures.

Le *quatrième* ou le *cinquième jour*, à mesure que disparaît la fièvre de lait, les lochies deviennent de plus en plus abondantes et exhalent une odeur fétide et nauséabonde caractéristique. D'abord purement sanguinolentes, elles deviennent séro-muqueuses et durent quinze jours à trois semaines, quelquefois plus longtemps jusqu'au retour des règles; dans certains cas même, elles persistent davantage et se confondent avec la leucorrhée.

Pendant que les lochies subissent ces transformations, l'utérus dégorgé des liquides qu'il contenait, diminue peu à

peu de volume et tend à reprendre son volume normal et sa position dans le petit bassin, derrière le pubis, ce qui arrive ordinairement vers le septième ou huitième jour; mais il ne revient réellement à son état physiologique qu'au bout de cinq, six ou huit semaines, époque à laquelle la menstruation reparaît pour la première fois.

Du *dixième au quarantième jour*, les modifications du côté des organes génitaux ont disparu; le diagnostic de l'accouchement s'établira surtout d'après l'examen des seins. Si la femme allaite, la lactation seule et l'examen microscopique suffiront pour fixer l'expert. — Si la femme a cessé d'allaiter ou a fait passer son lait, il sera toujours assez facile, dit Legrand du Saulle, bien que la plénitude des seins soit moins marquée, de rétablir la sécrétion si l'on est encore près du dixième ou du quinzième jour; on facilite ainsi l'écoulement du lait, et il ne reste plus qu'à l'examiner comme dans le cas précédent. »

Suivant Donné, on peut encore, pour la détermination de la date de l'accouchement, recourir à l'*examen microscopique du lait*. « Le *colostrum*, au lieu de contenir, comme le lait parfait, une multitude de globules sphériques, d'une grosseur variable entre 1/500 et 1/100 de millimètre, mais d'une forme régulière, se présente au microscope sous la forme d'un liquide dans lequel flottent des globules mal formés irréguliers, très disproportionnés entre eux, dont quelques uns ressemblent plutôt à de larges gouttes oléagineuses, mais dont la plupart sont très petits, comme granuleux, et forment au milieu du liquide, une sorte de poussière. » (Briand et Chaudé.) M. Donné insiste longuement sur les modifications que présente le colostrum à mesure qu'on s'éloigne de l'époque de l'accouchement, depuis le premier jour jusqu'au vingt-quatrième, époque à laquelle le lait acquiert ses éléments absolument caractéristiques. MM. Briand et Chaudé font remarquer avec raison que ces modifications successives ne peuvent avoir qu'une valeur secondaire, parce que le plus ordinairement on a affaire non à des femmes nourrices, mais à des femmes qui n'allaitent point et cherchent au contraire à faire passer leur lait. Aussi G. Tourdes, étudiant la sécrétion lactée uniquement au point de vue

médico-légal, pose-t-il les conclusions suivantes : « 1° Le lait reste imparfait chez les femmes qui n'allaitent pas ; il continue à être caractérisé par l'inégalité des globules et par la présence des corpuscules du colostrum ; — 2° la diminution et la pauvreté croissante de la sécrétion ne fournissent que de simples indices ; — 3° la rareté ou l'absence de la poussière globuleuse annonce un lait plus ancien ; un signe d'âge semble résulter de la présence des corpuscules du colostrum. »

Parmi les signes de l'accouchement récent, l'expert devra surtout rechercher les modifications subies non par la vulve mais par l'orifice vaginal proprement dit. Suivant M. Budin, l'aspect de ce dernier diffère entièrement avant ou après l'accouchement : « On ne trouve plus entre les petites lèvres le cercle intact ou déchiré, formé par l'extrémité antérieure du vagin ; il existe au contraire des pertes de substance. Ce qui constituait l'hymen a été détruit sur une étendue plus ou moins considérable, la vulve se continue alors à *plein* canal avec le vagin, et, en certains points seulement on trouve des caroncules myrtiformes qui sont les débris de l'extrémité antérieure du vagin (hymen). » Cet orifice et les restes de la membrane hymen peuvent présenter des aspects variés comme le montrent les figures 4, 5, 6 de la Planche 14.

M. Budin insiste sur ce point qu'on constate à la fois la présence des caroncules myrtiformes, la disparition partielle des bords de l'orifice vaginal, et par places la continuation directe, en plein canal, de la vulve et du vagin.

c. *Examen des produits expulsés.* — Lorsqu'on retrouve le *fœtus*, le diagnostic de l'accouchement est naturellement très simplifié, et la démonstration du fait en lui-même ne présente aucune difficulté. Dans le cas où la femme, malgré l'évidence, s'obstinerait encore à nier, l'expert doit en outre chercher à établir s'il y a eu l'intervention d'une personne étrangère. Sur ce point, voici comment s'exprime Lorain : « Lorsque le cordon ombilical a été régulièrement coupé à trois ou quatre centimètres de l'ombilic, et lié suivant les principes de la science, lorsque le forceps a laissé des traces sur la tête ou la face, on peut affirmer qu'une personne de l'art a présidé à l'accouchement. Lorsque l'on trouve, au

contraire, sur le fœtus certaines mutilations, des déchirures, des traces de tractions faites avec brutalité et dans des conditions indiquant l'ignorance de la pratique obstétricale, on reconnaît l'existence d'une personne complice d'un accouchement clandestin. Si la tête du fœtus est volumineuse, si la bosse sanguine y est très développée et si le fœtus a une teinte cyanosée, on peut supposer que l'accouchement a été long; on est en droit de supposer qu'il a été laborieux, ou s'est opéré dans des conditions défavorables, lorsque la bosse sanguine siège sur les fesses ou les parties génitales du fœtus, etc. »

Si l'on retrouve le *placenta* entier ou en partie, c'est une preuve de l'accouchement ; enfin on peut constater sur les linges de la femme des taches (sang, lait, liquide ammiotique, méconium, matière sébacée) dont l'examen peut donner des indications précieuses sur la réalité de l'accouchement. Nous renvoyons pour cette question à la seconde partie de cet ouvrage (*Examen des taches*).

B. **Accouchement ancien.** — La date d'un accouchement ancien est difficile à préciser par la seule inspection des organes et de l'état général de la femme, lorsqu'il s'agit d'une primipare; au bout de quinze à vingt jours en effet, d'après Briand et Chaudé, il n'est plus possible d'indiquer non seulement l'époque de l'accouchement, mais encore d'affirmer que la femme est récemment accouchée. Lorsqu'il s'agit d'une femme multipare, on peut encore moins fixer cette date, mais on peut affirmer, question qu'on pose très souvent, qu'il y a eu des grossesses antérieures et multiples, les signes sur lesquelles on appuiera son diagnostic sont : la disparition de l'hymen et surtout l'existence des caroncules myrtiformes, dont M. Budin a démontré l'importance au point de vue du diagnostic de l'accouchement. L'aspect caractéristique de l'orifice lui a permis d'affirmer l'existence d'accouchements antérieurs chez des femmes qui niaient avoir jamais été enceintes et qui finirent par avouer; — la laxité des grandes lèvres, l'ampleur de la vulve et du vagin, la disparition de la fourchette, quelquefois des cicatrices au périnée, les modifications du col qui présente des déchirures plus ou moins nombreuses; — l'aréole brunâtre autour des mamelons, la

ligne brune sous-ombilicale, enfin les sugillations abdominales. Stolz insiste particulièrement sur ces dernières et la déchirure de la commissure gauche du cercle de l'orifice de la matrice. Suivant lui, ces signes peuvent disparaître chez les primipares, ils persistent chez les multipares. D'après Strohl (*Valeur de quelques-uns des signes reconnus comme caractéristiques d'un accouchement ancien*) : « 1° les dimensions considérables de la fente du col se rencontrent avec ou sans grossesse antérieure; — 2° l'accouchement a pu se faire à terme sans déterminer la déchirure du col; — 3° la grossesse a pu arriver à terme sans causer de vergetures abdominales; — 4° les vergetures des cuisses peuvent exister sans grossesse antérieure. »

Ajoutons enfin qu'il est impossible à l'expert de dire combien de fois une femme est accouchée; le nombre des déchirures du col n'a pas de valeur absolue, il peut permettre seulement d'affirmer plusieurs grossesses sans préciser le nombre.

Suivant M. Leblond, les déchirures du col utérin ne prouvent pas toujours un accouchement antérieur; la syphilis peut en effet laisser des déchirures qu'on pourrait confondre avec des cicatrices produites par l'expulsion du fœtus à terme. Enfin, suivant M. Gallard, à la suite d'affections inflammatoires, comme la métrite chronique, le col peut s'élargir et s'évaser au point de ressembler à un col multipare.

C. **Signes de l'accouchement après la mort.** — Si l'accouchement est *très récent*, outre les signes fournis par l'examen des organes génitaux externes, des seins et de l'abdomen, on trouvera du côté de la matrice des modifications caractéristiques : l'utérus est volumineux, il a environ 29 centimètres de long sur 16 de large (Legrand de Saulle), il pèse de 500 grammes a 1 kilogramme; la muqueuse utérine est rouge, tuméfiée, épaissie; ses vaisseaux sont dilatés au point d'insertion du placenta; elle est ramollie, quelquefois recouverte de débris placentaires et présente les orifices béants des vaisseaux qui vont de la matrice au delivre. La tunique musculaire est également hypertrophiée: ses fibres contractiles qui normalement ont 0 millim. 05 à 0 millim. 07 de long sur 0 millim. 05 de large, atteignent

une longueur de 0 millim. 02 à 0 millim. 05, sur 0 millim. 01 de largeur (Legrand du Saulle). Ajoutons enfin que les symphyses du bassin présentent une certaine mobilité.

Si l'accouchement est *un peu plus ancien*, la face utérine est mamelonnée et recouverte, au point d'insertion du placenta, d'une couche albumineuse irrégulière qui va en diminuant et disparait vers la fin du deuxième mois.

Enfin, lorsque l'accouchement est *très ancien*, les ovaires sont ridés et toujours plus volumineux que chez la femme qui n'a pas eu d'enfants. Les dimensions de l'utérus varient également dans le même sens; ainsi voici les chiffres que donne Legrand du Saulle :

	LONGUEUR.	LARGEUR.	ÉPAISSEUR DES PAROIS.	POIDS.
	m. c.	m. c.	m. c.	grammes.
Multipares...	» 6 à 7	» 4 à 4 1/2	» 4 à 4 1/2	30 à 40
Femme qui a été mère....	» 7 à 8	» 4 1/2 à 5 1/2	» 2 1/2 à 3	60 à 70
A trois mois de grossesse.	» 8	» 8	»	»
A quatre mois de grossesse.	» 10	» 10	»	»
A maturité..	» 23	» 16	»	Avec une masse qui dépasse de 24 fois l'état normal.

La *forme* de l'utérus a subi une modification qui persiste jusqu'à un âge avancé après l'accouchement; même quand l'organe a repris à peu près son volume normal, le fond, *rectiligne* chez une femme qui n'a pas eu d'enfants, est devenu *bombé* et *curviligne*.

Suivant M. Guyon, le corps de l'utérus présente chez les multipares des différences qui permettent d'affirmer dans une certaine mesure si une femme a eu des enfants ou n'en a jamais eu : chez la multipare, la cavité utérine a une longueur moyenne de 50 millimètres, le diamètre supérieur

ou intertubulaire est de 20 millimètres, et le diamètre de l'orifice interne 10 millimètres. — Chez les femmes multipares, la cavité du corps a une forme nettement triangulaire, limitée par des lignes courbes à convexité dirigée en dedans; la caractéristique de cet utérus, c'est l'élargissement de ses cornes aux dépens de la cavité intermédiaire et l'accroissement du segment supérieur du col. Cette disposition peut avoir une certaine valeur en médecine légale.

Questions médico-légales. — En dehors du diagnostic de l'accouchement, l'expert peut être appelé à se prononcer sur les questions suivante :

1° **Une femme peut-elle accoucher sans le savoir?** — Oui, si l'on a employé des anesthésiques dont l'usage s'est très répandu dans ces dernières années, ou bien si l'expulsion du fœtus a eu lieu pendant une attaque d'éclampsie, d'épilepsie, d'apoplexie ou pendant une syncope (Legrand du Saulle).

En dehors de ces deux circonstances, il est difficile d'admettre qu'une femme accouche *sans le savoir*, en allant à la garde-robe, parce qu'en raison de sa position même, des douleurs qui l'empêchent de s'asseoir, des changements que présentent le périnée et les organes génitaux externes, il est impossible que l'enfant puisse tomber dans la lunette : dans ces conditions en effet, « la tête de l'enfant, refoulée de haut en bas par les contractions de l'utérus, pousse devant elle et fait proéminer la vulve et le périnée, qui porteraient sur la circonférence antérieure de la lunette; alors aussi l'accouchement venant à s'effectuer, *l'enfant serait projeté en avant*, si l'on admettait que cette position fût possible, sur la tablette antérieure de la lunette ou devant cette lunette, et si l'enfant tombait dans la fosse, ce ne pourrait être que par la volonté de la mère, qui le refoulerait en arrière dans la direction de l'ouverture de la lunette » (Briand et Chaudé). Le fait n'est pas plus possible lorsque la femme prétend être *montée sur la lunette*; Briand et Chaudé pensent qu'il est impossible que, pendant les douleurs de l'enfantement, la femme puisse prendre cette position et accoucher ainsi, surtout pour les primipares. Legrand du Saulle ajoute qu'une femme qui n'est pas *complé-*

tement idiote ne peut confondre les douleurs de l'enfantement avec les efforts de la défécation.

2° **L'accouchement peut-il se faire assez rapidement pour que l'enfant tombe des parties de la mère?** — Oui, l'accouchement est possible dans ces conditions, et, dans certains cas d'infanticide, les femmes ne manquent pas de les invoquer pour expliquer les fractures du crâne observées sur un enfant. En réalité la chute du fœtus, même en supposant qu'il tombe à terre au moment de son expulsion, a rarement des conséquences aussi graves. Klein n'en a observé qu'un seul cas sur deux cent quatre-vingt-trois accouchements; cette rareté tient suivant lui aux frottements du corps contre les parois vaginales et les cuisses, à l'élasticité et à la résistance des os du crâne. Dans quelques cas très rares, avec des fosses d'aisances dont l'ouverture ne présente pas les dispositions ordinaires, il peut se faire que, par suite d'un travail très rapide, l'enfant tombe réellement au fond de la fosse, mais le fait s'observe si peu souvent que l'expert, devant les allégations de la partie intéressée, devra examiner avec soin la disposition des lieux et l'attitude prise par la mère au moment de l'accident (dimensions du siége, de l'orifice, distance du mur, taches de sang, etc.).

3° **L'accouchement peut-il provoquer un accès de folie subite**, qui explique l'infanticide ou un manque de soins ayant eu pour conséquence la mort de l'enfant? — Nous verrons cette question au chapitre de l'*Infanticide*.

4° **La femme, en se délivrant, a-t-elle pu tuer son enfant?** — Le fait n'est guère possible, car en supposant même qu'elle ait pris l'enfant par le cou, elle n'a pu l'étrangler, « parce que, dit Legrand du Saulle, tant que le cordon ombilical est intact, l'enfant n'a nul besoin de respirer. »

5° **L'accouchement peut-il produire des lésions sur le fœtus** ? — Evidemment, nous renvoyons au chapitre de l'*Infanticide* pour ces différentes questions.

6° **L'accouchement est-il possible après la mort?** — Oui, l'expulsion spontanée du fœtus peut se faire après la mort. Suivant M. Pénard, il peut arriver que, chez une femme enceinte qui est à terme, mais ne présente aucun signe de tra-

vail, l'expulsion du fœtus se fasse spontanément au bout de quelques heures; dans ce cas, on admet que cette expulsion est produite non par des contractions de l'utérus, mais par la pression des gaz intestinaux sur cet organe. M. Pénard cite le cas d'une femme qui avait séjourné huit à dix jours dans l'eau, le lendemain de son départ pour la Morgue, on trouva entre les parties génitales un fœtus de cinq à six mois qui venait d'être expulsé par le développement des gaz de l'abdomen. C'est au moins la seule explication acceptée jusqu'ici.

7° **Lorsque la femme et l'enfant sont morts pendant l'accouchement, quel est celui qui est supposé avoir survécu?** — Nous avons examiné cette question précédemment au chapitre de la *Survie* (Voir page 307).

8° **Quand la mère vient à succomber avant d'accoucher, que doit faire l'homme de l'art?** — Sa conduite est *toute* tracée. Après s'être assuré par tous les moyens scientifiques actuellement connus, que la femme est réellement morte, il doit prendre pour règle la conclusion adoptée par l'Académie de médecine et ainsi formulée : « le médecin qui a l'espoir d'extraire du corps de la femme enceinte décédée un enfant dans des conditions d'aptitude à la vie extra-utérine *peut* et *doit*, médicalement parlant, pratiquer l'opération césarienne en observant tous les principes de la science. »

La première question est de savoir si l'enfant est vivant, s'il n'a pas succombé à l'événement qui emporte la mère. Sur ce point, certains auteurs pensent que si la mère a succombé à une maladie, le fœtus a dû mourir avant elle, et que l'opération n'est guère utile. MM. Briand et Chaudé pensent que, même dans ce cas, on doit la tenter, parce qu'il y a eu des exemples de survivance de l'enfant même dans des conditions de maladie, et qu'on peut se trouver en présence d'un fait exceptionnel. Lorsque la mère est morte accidentellement, tout le monde est d'accord sur le fait de l'intervention du chirurgien, qui doit opérer le plus tôt possible. D'après Legrand du Saulle, l'enfant ne peut survivre que pendant un temps très court (dix minutes, vingt minutes, une heure); il pense que les cas d'enfants nés douze à vingt-

quatre heures après le décès de leur mère, doivent être mis sur le compte d'une confusion de la mort réelle avec la mort apparente. Briand et Chaudé reconnaissent que sans doute plus tôt on opère, plus on a de chance de sauver la vie de l'enfant, mais aussi que plus il s'est écoulé de temps, plus on est sur de la mort de la mère, et moins il y a de danger à pratiquer sur elle une opération. On peut donc et on doit toujours faire l'opération césarienne. Il cite un cas dans lequel l'autopsie d'une femme enceinte morte dans un incendie n'eut lieu que le lendemain de la mort, et l'enfant vivait encore.

Maintenant, à *quelle époque* de la grossesse convient-il d'intervenir pour avoir des chances d'extraire un enfant vivant et viable surtout? Au point de vue légal, l'enfant est considéré comme viable à partir du cent quatre-vingtième jour, c'est-à-dire après six mois accomplis; or il est des exemples avérés d'enfants ayant vécu bien que nés avant le sixième mois accompli. Suivant Briand et Chaudé, on pourra intervenir chirurgicalement lorsqu'il y a présomption que la grossesse est arrivée à la fin du cinquième mois. Lorsque la femme vient à succomber pendant le travail, on peut hésiter entre l'opération césarienne et l'accouchement forcé. Legrand du Saulle pense qu'il vaut mieux avoir recours à la première, parce que les manœuvres nécessitées par l'accouchement forcé peuvent faire perdre du temps et exposent le fœtus à des violences plus ou moins graves.

DE LA VIE ET DE LA VIABILITÉ CHEZ LE PRODUIT DE LA CONCEPTION

Les questions de vie et de viabilité peuvent être soulevées dans les actions en désaveu ou à l'occasion de succession, de donations, de testaments, etc.

Législation. — *Code civil.* Art. 314. — L'enfant né avant le cent quatre-vingtième jour du mariage ne pourra être désavoué par le mari dans les cas suivants : 1° s'il a eu connaissance de la grossesse avant le mariage ; 2° s'il a assisté à l'acte de naissance, et si cet acte est signé de lui ou contient sa déclaration qu'il sait signer ; 3° si l'enfant n'est pas déclaré viable.

Art. 725. — Pour succéder, il faut nécessairement exister à l'instant de l'ouverture de la succession. Ainsi sont incapables de succéder : 1° celui qui n'est pas encore conçu ; 2° l'enfant qui n'est pas né viable ; 3° celui qui est mort civilement.

Art. 906. — Pour être capable de recevoir entre-vifs, il suffit d'être conçu au moment de la donation. Pour être capable de recevoir par testament, il suffit d'être conçu à l'époque du décès du testateur. Néanmoins, la donation ou le testament n'auront leur effet qu'autant que l'enfant sera né viable.

Ainsi, d'après le texte de la loi, pour qu'un enfant conçu soit apte à recueillir une succession, un legs ou une donation, il faut : 1° qu'il naisse *vivant* ; — 2° qu'il soit *viable*, c'est-à-dire qu'il soit suffisamment développé pour continuer à vivre.

1° **Signes de la vie.** — Les signes qui permettent d'affirmer qu'un enfant nouveau-né est vivant sont : ses mouvements, ses cris et surtout la *respiration complète*. La plupart des auteurs et des jurisconsultes (Orfila, Merlin, Alphonse Leroy, Chaussier, Dubois, Pelletan, etc.) pensent que ce qui constitue la vie, sa caractéristique propre, c'est la *respiration complète*. « L'agitation, dit Alphonse Leroy, et le mouvement des membres et même de la poitrine, de petites inspirations, des soupirs, des palpitations du cœur et des artères, ne constituent pas véritablement la vie acquise hors du sein de la mère. Un enfant nouvellement venu au monde et encore non séparé de sa mère a quelquefois des mouvements convulsifs ; et, s'il est faible, il a des respirations accompagnées de soupirs ; un tel enfant, selon moi, n'a pas acquis ses droits civils parce qu'il n'a pas respiré complètement. C'est par la respiration complète que la circulation du sang s'établit dans les poumons, que l'enfant vit de sa vie propre, que, devant la loi, il vit civilement. C'est donc la respiration, mais la *respiration complète* qui constitue la vie. Les pulsations artérielles, les mouvements des membres, les contractions du diaphragme, *peuvent bien durer sans la vie complète jusqu'à une heure ou deux* ; mais ce sont les derniers actes de la vie fœtale qui s'éteint. » C'est aussi l'opinion de Casper qui dit que « vivre c'est respirer ; ne pas avoir respiré, c'est ne pas avoir vécu. »

M. Caussé (d'Albi) pense que cette opinion acceptée comme un axiome par la plupart des médecins légistes est par trop absolue; il croit qu'on peut trouver ailleurs que dans les poumons les preuves de la vie et admet avec Devergie, que, dans le cas où les poumons font défaut, elles peuvent exister dans les désordres matériels, résultant des blessures ou violences faites à l'enfant. Les signes qui, en dehors de la respiration, permettent d'affirmer que le nouveau-né a vécu et qu'il y a eu infanticide sont, suivant M. Caussé : les ecchymoses, les extravasations sanguines, la coagulation du sang, qui ne se produisent pas après la mort, enfin les violences trouvées sur le corps de l'enfant et qui indiquent la persistance de la circulation du sang. Mais il faut, dans ces sortes de cas, déterminer si les blessures observées sur le nouveau-né sont la cause réelle de la mort et si elles sont le résultat de violences criminelles; dans les cas de mutilations avec dépècement des membres, on pourra trouver la preuve de la vie dans les taches de sang et l'inégalité de rétraction des muscles suivant leur longueur.

2° **Signes de la viabilité.** — Chaussier, en 1816, avait proposé de compléter la législation actuelle sur la viabilité par l'addition des articles suivants :

Art. 1er. — Est réputé non viable l'enfant qui naît avant les trois derniers mois de la grossesse et qui meurt aussitôt ou peu d'heures après sa naissance.

Art. 2. — Est également réputé non viable l'enfant qui, parvenu au terme de la grossesse, naît anencéphale, c'est-à-dire avec la privation totale ou partielle du cerveau et du crâne, quand il serait constaté qu'il a crié, et celui qui a quelque autre vice de conformation tel qu'il ne puisse conserver la vie, en exercer les fonctions et qu'on ne puisse y remédier.

Art. 3. — Est également réputé non viable tout individu qui, attaqué d'une maladie dans le sein de sa mère, meurt dans les vingt-quatre heures qui suivent sa naissance, quelle qu'en soit la cause.

Art. 4. — Est aussi réputé non viable l'enfant qui, par la longueur ou la nature de l'accouchement, éprouve dans sa circulation une gêne telle qu'il naisse mourant et attaqué d'un épanchement de sang dans le cerveau, et d'un véritable état de paralysie dans tous les membres, que les secours de l'art ne peuvent rétablir et qu'il meure quelques heures après la naissance.

Art. 5. — Est reconnu et déclaré viable, apte à jouir des privilèges de la société, l'enfant dont la tête est bien conformée, qui, au plus tôt, trente-six heures après la naissance, est présenté vivant et vigoureux à l'officier de l'état civil, qui l'inscrit aussitôt sur les registres, avec les prénoms qu'on lui donne et les qualités des parents et des personnes qui le lui présentent.

« L'enfant *viable* est celui qui nait dans des conditions qui rendent la vie possible. » (Briand et Chaudé.) — « Être viable, dit Tardieu, c'est être né vivant, avoir vécu d'une autre vie que la vie fœtale et présenter un développement et une conformation non absolument incompatible avec la continuation de la vie. »

Au point de vue *légal*, l'âge de la viabilité est fixé à six mois ou cent quatre-vingt jours.

Au point de vue *médical*, la viabilité vraie, suivant M. Pinard, ne doit pas descendre au-dessous du septième mois. Pour que le produit de la conception puisse vivre, *il faut* : 1° qu'il soit arrivé à un degré de maturité assez avancé ; — 2° qu'il ne présente pas avant sa naissance des maladies qui excluent la viabilité.

A. **Degré de maturité.** — La détermination de l'*âge* du fœtus se déduira des données suivantes : 1° *Ensemble des caractères anatomiques* que Briand et Chaudé ont résumé dans un tableau et que nous leur empruntons (voir page 666). Les chiffres qu'indique ce tableau ne sont pas absolument constants : ainsi pour le *poids* du fœtus à terme, il est en moyenne de 3 kilog. à 3 kilog. 50, on en a vu arriver à 4, 5 et même 6 kilogrammes.

Suivant Tardieu, le poids de 5 kilogrammes est toutefois exceptionnel, de même que celui qui dépasse 4 kilog. 500; pour le poids minimum, dans les conditions normales, physiologiques, il ne doit pas descendre au-dessous de 2 kilogrammes ; les cas où ce poids était inférieur à ce chiffre étaient liés à un état pathologique du fœtus ou du placenta. Un nouveau-né de 3 kilogrammes est certainement et toujours à terme.

— Le *sexe* a une certaine influence et généralement les garçons pèsent plus que les filles (Tardieu). — Pour la *longueur*, la moyenne est de 45 à 50 centimètres, mais elle peut

être de 38 seulement ou arriver à 56, 60, 62 et 65 centimètres (Briand et Chaudé).

Suivant Tardieu, la moyenne de la taille d'un enfant à terme est de 50 à 52 centimètres, et les extrêmes entre 46 et 58 centimètres. Le *sexe* ne parait pas avoir d'influence appréciable sur la taille du nouveau-né.

2° *Développement du système osseux* et de l'*existence de certains points d'ossification.* — Sur 247 cadavres frais d'enfants examinés à terme, Casper donne les chiffres suivants d'après Gunz : *os frontal* (partie supérieure) 0 m. 056, largeur 0 m. 045; partie orbitaire, longueur 0 m. 025, largeur 0 m. 025; — *os pariétal :* de l'angle antérieur et inférieur à l'angle postérieur et supérieur, 0 m. 076 ; — *os occipital :* longueur 0 m. 050 ; — *os temporal :* longueur 0 m. 025 (portion squameuse) ; — *os zygomatique :* longueur 0 m. 012 ; — *os propres du nez :* longueur 0 m. 010, largeur 0 m. 006 ; — *os maxillaire supérieur :* longueur depuis les apophyses alvéolaires jusqu'au bord antérieur 0 m. 025 ; — *os maxillaire inférieur* : longueur de chaque moitié 0 m. 045, hauteur 0 m. 014 ; — les *sept vertèbres cervicales* : hauteur 0 m. 093 ; — les *cinq vertèbres lombaires :* 0 m. 056 ; — *sacrum* et *coccyx* : hauteur 0 m. 036 ; — *clavicule* : longueur 0 m. 036 ; — *omoplate* : longueur 0 m. 032, largeur 0 m. 027 ; — *humérus* : longueur 0 m. 075 ; — *cubitus* : longueur 0 m. 070 ; — *radius* : longueur 0 m. 066 ; — *fémur* : longueur 0 m. 087 ; — *rotule* : longueur 0 m. 018, largeur 0 m. 016 ; — *tibia* : longueur 0 m. 079 ; — *péroné* : longueur 0 m. 077.

TABLEAU DU DÉVELOPPEMENT DU FŒT

A 6 SEMAINES	DE 2 MOIS A 2 MOIS 1/2	A 3 MOIS	A 4 MOIS
Les villosités choriales ne sont pas encore vascularisées ; il n'existe pas à proprement parler de placenta.	Le *placenta* commence à s'organiser.	Le placenta est formé.	Le produit de la conception, ayant toutes ses parties distinctes, prend le nom de *fœtus*.
L'*œuf* a 38 à 40 millimètres de longueur.	L'œuf a le volume d'un œuf de poule.	»	»
La *longueur* de l'embryon est d'environ 20 millimètres.	L'embryon a 30 à 40 millimètres.	L'embryon a environ 2 décimètres de long.	Le fœtus a 8 à 15 centimètres de longueur.
Son *poids* est de 28 à 30 décigrammes.	Il pèse 30 à 40 grammes.	Il pèse 60 à 90 grammes.	Il pèse 125, 150 et même 180 grammes.
	La *peau* n'est encore qu'un enduit gluant et tenace. Les *muscles* ne sont que de petites masses jaunâtres formées de globules réunis par un fluide visqueux.	La peau prend un peu de consistance, elle est mince et transparente. Les muscles continuent à se dessiner.	La peau est légèrement rosée, surtout à la face, à la paume des mains, à la plante des pieds ; sa consistance augmente de jour en jour. Un peu de *graisse* rougeâtre se dépose dans le tissu cellulaire sous-cutané.
La *tête*, à peine distincte du thorax, forme la moitié du tronc. La *face* présente deux points noirs dirigés en dehors qui sont les rudiments des yeux, et une fente transversale à la place qu'occupera la bouche.	La tête forme encore plus d'un tiers de la totalité du corps. La *bouche* est grande et béante ; mais les lèvres commencent à se former. — Très près de leurs commissures sont les orifices des conduits auditifs. — Deux fentes très écartées indiquent les narines.	La tête forme à peu près le tiers du corps. La bouche est fermée par le développement des lèvres ; le globe de l'œil se dessine à travers les paupières dont les bords se touchent : la *membrane pupillaire* existe ; les saillies qui doivent former les auricules sont très distinctes, mais non encore réunies.	La *face* s'allonge ; les yeux, les narines et la bouche sont fermés ; les lèvres ne se renversent pas encore ; les auricules sont formés ; le nez est écrasé, obtus et forme un angle rentrant avec le front qui est un peu déprimé. Le menton commence à proéminer.

POUR RECONNAITRE SON AGE (D'APRÈS BRIAND ET CHAUDÉ).

A 5 MOIS	A 6 MOIS	A 7 MOIS	A 8 MOIS	A 9 MOIS
Toutes les parties prennent plus de consistance, se proportionnent mieux, s'arrondissent plus régulièrement.			Le fœtus ne diffère de celui de 7 mois que par une maturité plus grande.	»
»	»	»	»	»
Le fœtus a 20 à 25 centimètres de longueur.	Le fœtus a 25 à 30 centimètres de longueur.	Il a 32 à 35 cent. de longueur.	Sa longueur est de 40 à 42 cent.	La longueur la plus ordinaire est de 48 à 50 centimètres, mais elle varie entre 45 et 55.
Il pèse environ 250 grammes.	Il pèse environ 400 grammes.	Il pèse 1,50 à 2 kilog.	Son poids est de 2 kilog. à 2,50.	Le poids ordinaire est de 3 kilogr. à 3 kilogr. 50, quelquefois 4. Rarement de 4,5 à 5, souvent de 2,50, quelquefois de 2.
La peau, plus colorée, mais moins transparente, se couvre d'un duvet blanchâtre soyeux: il y a quelques cheveux argentins; point d'enduit sébacé. — La structure fibreuse des muscles devient manifeste.	La peau, fine, mince, a une couleur pourprée, surtout à la face, aux lèvres, aux oreilles, à la paume des mains et à la plante des pieds. On y trouve déjà des fibres dermoïdes. Il y a un peu d'enduit sébacé, au moins aux aisselles et aux aines.	La peau est moins colorée; elle est déjà fibreuse et assez épaisse; le duvet et l'enduit cutané sont plus généralement répandus; les cheveux sont plus longs et plus colorés.	La peau, couverte de matière sébacée et de duvet, est moins lisse.	L'enduit sébacé est plus adhérent et plus épais; les cheveux sont longs de 2 à 3 centimètres.
La tête n'est plus que le quart de la longueur totale du corps; mais sa pesanteur augmente, le cerveau ayant plus de consistance. Néanmoins cet organe n'est encore qu'une masse à surface unie et sans anfractuosités. La face offre à peu près le même aspect qu'à terme.	La tête, proportionnellement moins volumineuse, conserve néanmoins une prédominance sensible; ses parois sont encore très molles, ses fontanelles très larges; les yeux sont fermés, les paupières ne sont plus transparentes, la membrane pupillaire existe toujours.	Les os du crâne, plus solides, jusqu'alors uniformes et convexes, sont très bombés à leur partie moyenne. Les paupières sont entr'ouvertes. Souvent la membrane pupillaire disparaît.	Les circonvolutions cérébrales sont dessinées. La membrane pupillaire a disparu. La mâchoire inférieure, d'abord très courte, est presque aussi longue que la supérieure.	La tête présente les diamètres suivants : l'occipito-frontal 115 millimètres, l'occipito-mentonier 135, le fronto-mentonier 95, le bipariétal 90. — Les os du crâne quoique mobiles, se touchent par leurs bords membraneux; les fontanelles sont encore larges; le cerveau présente un peu de substance blanche, des circonvolutions nombreuses, des sillons profonds; les parties de cet organe profondément situées

TABLEAU DU DÉVELOPPEMENT DU FŒTUS

A 6 SEMAINES	DE 2 MOIS A 2 MOIS 1/2	A 3 MOIS	A 4 MOIS
Le *thorax* et l'*abdomen* ne forment qu'une seule cavité, dont la paroi antérieure ne consiste qu'en une membrane fine et transparente.	Le cou n'est encore qu'un sillon, et la face semble se continuer avec la poitrine. — La paroi du thorax commence à se former, et les mouvements du cœur cessent d'être visibles.	Le cou plus prononcé établit une séparation bien apparente entre la tête et le thorax. — La poitrine est fermée de toutes parts.	»
Le cordon ombilical, contenant les vaisseaux omphalo-mésentériques, une portion de l'ouraque ou de l'allantoïde et les intestins, *s'insère près de l'extrémité coccygienne*, et n'est séparé que par un espace de 2 à 3 millimètres d'une sorte de prolongement caudal, recourbé d'arrière en avant, et de deux mamelons d'où naissent déjà les membres pelviens. Le *foie* occupe presque tout l'abdomen, et son poids égale celui du reste du corps. Son tissu est presque diffluent.	*Le cordon ombilical s'insère tout à fait à la partie inférieure de l'abdomen*; il commence à présenter des renflements ou bosselures. Le cœcum est placé derrière l'ombilic. L'anus, dont la place était d'abord marquée par un point noir et déprimé, au-devant du coccyx forme une petite saillie conique d'un jaune plus ou moins foncé, encore sans ouverture. Le prolongement caudal se redresse et diminue peu à peu.	*Le cordon ombilical s'insère très près du pubis*; il contient les vaisseaux ombilicaux et est déjà un peu gélatineux; il forme des spirales. L'intestin est contenu en totalité dans l'abdomen; les vésicules ombilicale et allantoïde et les vaisseaux omphalo-mésentériques disparaissent. Le foie a proportionnellement un volume moindre; son tissu est mou et pulpeux. Le cœcum est au-dessous de l'ombilic. Le *thymus* paraît.	Le cordon ombilical s'insérant encore à peu de distance au-dessus du pubis, la moitié de la longueur du corps répond à plusieurs centimètres au-dessus de l'ombilic. *Le duodénum contient du méconium* d'un blanc grisâtre. Le volume proportionnel du foie continue de diminuer : cet organe prend de la consistance. La *vésicule biliaire* paraît, mais elle est filiforme. Le cœcum est près du rein droit. Le thymus, d'abord très petit, s'accroît jusqu'à la naissance.

POUR RECONNAITRE SON AGE (D'APRÈS BRIAND ET CHAUDÉ).

A 5 MOIS	A 6 MOIS	A 7 MOIS	A 8 MOIS	A 9 MOIS
»	»	»	»	sont consistantes, mais ses lobes et sa surface convexe ont encore beaucoup de mollesse. Le tissu des poumons est rouge et a quelque ressemblance avec celui du foie d'un adulte (tant que la respiration n'a pas lieu) Leurs lobes, composés de lobules unis par des lames celluleuses, ne présentent pas d'aréoles; ils sont compacts et imprégnés seulement d'une petite quantité de sang. Le cordon ombilical s'insère à peu près à la moitié de la longueur du corps.
L'insertion du cordon s'éloigne de plus en plus du pubis. Le *méconium* devient jaune verdâtre et est contenu *dans le commencement de l'intestin grêle*. Le cœcum est à la partie inférieure du rein droit. La vésicule biliaire contient un peu de mucus non amer. Il n'y a encore ni valvules conniventes, ni bosselures intestinales. Les reins, très volumineux, sont formés de 15 à 18 lobes; les capsules surrénales sont au moins aussi volumineuses que les reins.	L'insertion du cordon continue de se rapprocher du milieu de l'axe longitudinal du corps (la moitié de la longueur du corps correspond à l'appendice sternal). Le méconium *est dans l'intestin grêle*. Le foie est granuleux et d'un rouge brun; sa vésicule contient une bile séreuse à peine jaunâtre, non amère. — Le côlon présente des bosselures, mais il n'y a pas encore dans les intestins de traces des valvules conniventes. Le cœur est volumineux, et les oreillettes sont au moins aussi vastes que les ventricules. Le canal artériel, d'abord plus	Le méconium occupe la presque totalité du gros intestin. Le cœcum est dans la fosse iliaque droite. On commence à apercevoir des *valvules conniventes*. — La longueur de l'intestin grêle égale 6 à sept fois la distance qui sépare la bouche de l'anus.	L'insertion du cordon n'est plus qu'à 2 ou 3 centimètres au-dessous du point auquel correspond la moitié de la longueur totale du corps. — La longueur de l'intestin grêle égale huit fois la distance de la bouche à l'anus.	Le méconium occupe la fin du gros intestin; il est d'un vert foncé et poisseux. — La longueur de l'intestin grêle égale douze fois la longueur de l'anus à la bouche.

TABLEAU DU DÉVELOPPEMENT DU FŒTUS

A 6 SEMAINES	DE 2 MOIS A 2 MOIS 1/2	A 3 MOIS	A 4 MOIS
Deux autres mamelons, l'un à droite, l'autre à gauche de la tige rachidienne au milieu de la longueur du crâne, donnent naissance aux *membres thoraciques*.	Les *membres thoraciques*, d'abord adhérant aux côtés du tronc, n'en sont plus que des appendices. La main est plus longue que l'avant-bras; le bras paraît à peine; les doigts sont distincts, mais réunis par une matière gélatineuse. — Aux membres pelviens, composés d'abord du pied, de la jambe, du genou, puis de la cuisse, les orteils ont la forme de tubercules liés par une substance molle; la plante des pieds est tournée en dedans.	Les membres thoraciques, bien détachés du tronc, sont ordinairement placés sur l'abdomen; les membres pelviens, qui dépassent le prolongement caudal, sont aussi le plus souvent fléchis sur l'abdomen. Les doigts, bien isolés, présentent des nodosités qui correspondent aux nodosités phalangiennes.	Les *articulations* des doigts et des orteils sont visibles. Les *ongles* se montrent sous la forme de petites plaques minces et membraneuses.
Un peu au-devant de l'anus, plus près de l'ombilic, un tubercule conique, creusé inférieurement d'une gouttière, est le rudiment du *pénis* ou du *clitoris*.	Le tubercule génital continue à s'allonger. Souvent la gouttière de la face inférieure est fermée.	La verge ou le clitoris est très long; mais il n'existe pas encore entre les organes génitaux et l'anus de démarcation bien distincte.	*Le sexe est bien distinct*. Le pénis existe sous la forme d'une lame transversale. Le scrotum et les grandes et petites lèvres se forment. L'anus est ouvert.
»	A 2 mois, *point d'ossification* dans les masses apophysaires des premières vertèbres cervicales, et à quelques jours d'intervalle dans le cubitus, le radius, l'omoplate, les côtes, l'occipital et le frontal.	»	Vers le milieu de ce mois, le calcaire commence à s'ossifier.

POUR RECONNAITRE SON AGE (D'APRÈS BRIAND ET CHAUDÉ).

A 5 MOIS	A 6 MOIS	A 7 MOIS	A 8 MOIS	A 9 MOIS
	gros que les deux branches qui doivent former plus tard les artères pulmonaires, leur est seulement égal et se rétrécit ainsi que le canal veineux, à mesure que le terme de la grossesse approche.			
Les ongles sont bien évidents.	Les ongles deviennent consistants.	Les ongles n'arrivent pas encore à l'extrémité des doigts, mais ils acquièrent plus de largeur.	Les ongles arrivent à l'extrémité des doigts.	Les ongles se prolongent jusqu'au bout des doigts et ont assez de largeur pour recouvrir une moitié de leur circonférence.
	Les testicules ou les ovaires, assez volumineux, sont encore situés un peu au-dessous des reins, sous le péritoine. Le scrotum est très petit et rouge ou bien les grandes lèvres, très saillantes, sont tenues écartées par le clitoris, proéminent.	Organes génitaux externes bien distincts, si ce n'est, dans le sexe mâle, les testicules, qui sont encore dans l'abdomen, mais très près de l'anneau sous-pubien.	Testicules engagés dans l'anneau sus-pubien.	Le scrotum, moins rouge et ridé, contient souvent les testicules ou l'un des testicules. D'autres fois, ces organes sont encore dans l'anneau.
Vers le milieu de ce mois commence l'ossification de l'astragale. Les trois pièces supérieures du sternum ont aussi des points d'ossification.	La quatrième pièce de sternum présente des points d'ossification.	»	Commencement d'ossification de la dernière vertèbre du sacrum.	Dans ce mois seulement se développe un point d'ossification *piriforme* entre les deux condyles du fémur au centre du cartilage qui forme l'extrémité inférieure de cet os.

Briand et Chaudé donnent encore les chiffres suivants au point de vue de la longueur des os des membres, aux principales époques de la gestation :

	Humérus.	Radius.	Cubitus.	Fémur.	Tibia et péroné.
A 5 mois révolus.	0,026 à 0,030	0,024	0,0206	0,024	0,024
A 6 mois.....	0,032 à 0,036	0,030	0,034	0,034	0,034
A 7 mois.....	0,040 à 0,045	0,034	0,036	0,038 à 0,040	0,038 à 0,040
A 8 mois.....	0,046 à 0,048	0,036 à 0,038	0,044 à 0,045	0,048 environ.	0,042 à 0,045
A 9 mois.....	0,075	0,066	0,070	0,087	0,075 à 0,079

Suivant Casper, lorsque le fœtus a cinq mois révolus, pour avoir son âge, il suffit de mesurer la longueur du corps et de diviser par 5 le nombre des centimètres obtenus : ainsi un fœtus de 25 centimètres aura 25 : 5 ou 5 mois; un fœtus de 30 centimètres aura 30 divisé par 5 ou 6 mois.

D'après Tardieu, il n'est pas nécessaire d'examiner le squelette entier, il suffit de deux points et même d'un seul : le noyau d'ossification de l'extrémité inférieure du fémur, point d'ossification qui parait dans la dernière quinzaine de la gestation, d'abord sous l'aspect d'un point rouge comme une tache de sang qui grandit rapidement, prend la forme d'un pois, plus large que haut et ayant dans sa plus grande dimension 2 à 5 millimètres : ces dimensions vont en augmentant à mesure qu'on s'éloigne de l'époque de la naissance. C'est donc un signe excellent, qui à lui seul permet de préciser l'âge d'un enfant nouveau-né.

Ce *point d'ossification de l'extrémité inférieure du fémur* a donc une importance capitale qui avait été signalée par Béclard et Ollivier. Voici, d'après Casper, comment on doit procéder pour le reconnaître : « On incise verticalement la peau du genou jusqu'à ce que l'on ait pénétré dans l'articulation, puis on fléchit complètement la jambe sur la cuisse, de sorte que les deux condyles du fémur proéminent, puis on coupe ces deux condyles, encore cartilagineux, verticalement par

coupes minces, jusqu'à ce que l'on ait rencontré une trace d'ossification, alors on continue avec précaution, jusqu'à ce que l'on dépasse le plus grand diamètre du noyau osseux ; ce dernier a ordinairement l'aspect d'une tache ronde couleur de sang » (Voir pl. 1, fig. 2). Sur 125 expériences faites sur des enfants, Casper a trouvé les chiffres suivants :

Chez 31 enfants de 7, 8 et 9 mois de vie utérine, le noyau d'ossification avait..... $0^m,000$.
Chez 9 enfants de 9 mois de vie utérine, le noyau d'ossification avait de..... $0^m,000$ à $0^m,004$.
Chez 52 enfants à terme, le noyau d'ossification avait de..... $0^m,002$ à $0^m,008$.

Il conclut de ces recherches : 1° que l'absence du noyau d'ossification dans l'extrémité inférieure du fémur indique que l'enfant a séjourné dans l'utérus au plus 36 à 37 semaines; — 2° qu'un commencement d'ossification ayant 0 m. 001 de dimension indique que l'enfant a été conçu depuis 37 à 38 semaines; — 3° qu'un noyau d'ossification de 0 m. 006 à 0 m. 008 indique une conception de 40 semaines; — 4° qu'il y a des probabilités qu'un enfant a vécu après sa naissance, quand le point d'ossification a plus de 6 millimètres de diamètre.

Ce signe a une grande valeur parce qu'il n'est pas altéré par la putréfaction et qu'on peut le constater longtemps après la mort.

Enfin dans ces dernières années (1874) M. Magitot a insisté tout particulièrement sur la *détermination de l'âge de l'embryon humain par l'examen de l'évolution du système dentaire*. Avant lui Billard et Ollivier avaient appelé l'attention des médecins légistes sur le développement des follicules et des alvéoles dentaires comme moyen de déterminer si un nouveau-né est arrivé à terme ; mais leurs observations ne pouvaient être utilisées qu'à partir du cinquième mois. M. Magitot a suivi plus loin l'évolution des dents, et a pu remonter jusqu'à la septième semaine à partir de la conception, c'est-à-dire à une époque où l'embryon n'a que 3 centimètres. Ainsi pour la *dentition temporaire* : à la septième semaine, on ne trouve au bord des mâchoires de l'embryon que le bourrelet

épithélial et la lame de Kölliker; les bourgeons des maxillaires supérieurs et incisifs ne sont pas soudés et le maxillaire inférieur ne contient que le cartilage de Meckel sans aucune trace osseuse; — à la dix-septième semaine, apparition du *chapeau de dentine* pour les incisives et les canines; — à la dix-huitième semaine (quatre mois) apparition du chapeau de dentine pour les deux premières molaires; — depuis la vingtième semaine, les dimensions en hauteur du chapeau de dentine vont en augmentant progressivement de 1 millim. 5 à 3 millim. 5, qu'elles acquièrent au moment de la naissance. — Pour la *dentition permanente* : les follicules n'apparaissent qu'après la vingtième semaine, le bulbe à la dix-septième semaine pour la première molaire, à la vingtième pour les incisives, les canines et les deux premières prémolaires; — le chapeau de dentine à la vingt-cinquième semaine pour la première molaire et après la naissance seulement pour les autres dents.

M. Magitot fait remarquer l'importance que peuvent avoir ces données au point de vue médico-légal : on peut, par exemple, ne trouver que la tête de l'embryon, l'état de l'évolution folliculaire permettra d'établir son âge; ou bien l'embryon aura macéré longtemps dans un liquide (les latrines), le crâne est vidé, les tissus sont infiltrés et il est impossible d'en avoir les dimensions ou le poids; le plus ordinairement, les follicules sont intacts et leur état facilement appréciable; — enfin dans le cas où l'embryon aurait été carbonisé en partie, il suffit d'un fragment d'un des maxillaires pour pouvoir déterminer l'âge du fœtus, parce que le chapeau de dentine résiste à la plupart des agents destructeurs.

3° *Etat du tégument externe.* — Au moment de la naissance, la peau chez le fœtus à terme a un aspect caractéristique : « elle est complètement formée, blanche, ferme, élastique, et pourvue d'un épiderme très visible et prompt à se détacher, elle est en outre recouverte d'un enduit sébacé très épais répandu sur tout le corps, mais plus abondant surtout dans les plis des jointures, et dans certaines régions, aux épaules notamment, d'un duvet très fin, mais très dru, d'une sorte de poil follet destiné à tomber rapidement. Les productions épidermiques sont également développées. Les ongles, bien

formés, aux mains surtout, arrivent non seulement à l'extrémité des doigts, mais la dépassent légèrement ; et les cheveux sont, sinon toujours, du moins le plus souvent déjà assez abondants. » (Briand et Chaudé.)

Quelquefois l'expert n'a pas sous les yeux le cadavre entier mais seulement quelques fragments du fœtus : la détermination de l'âge se basera dans ce cas principalement sur l'examen du système osseux, par la mensuration partielle des segments des membres d'après la méthode de Letourneau : suivant cet observateur, « chez le nouveau-né à terme, la longueur moyenne du ventre au pubis est de 30 centimètres, du pubis à la tubérosité du condyle fémoral interne, 9,5 ; — du condyle interne du fémur, au bord inférieur et postérieur du calcanéum, 10,5 ; — de l'apophyse acromion à l'épicondyle, 9 ; — de l'épicondyle à l'apophyse styloïde du radius, 7. Au-dessous de ces chiffres, il est à peu près certain que l'enfant est né avant terme. » Le poids comparatif des viscères peut également donner des renseignements ; suivant Letourneau, voici les poids moyens des principaux viscères chez les nouveau-nés à terme :

	gr.
Poumon droit	33
Poumon gauche	28,50
Cœur	15
Thymus	8,50
Foie	91,50
Masse encéphalique	338,50
Rate	8,50
Rein	11

Tardieu pense que la méthode de mensuration des os ne donne pas des résultats assez sûrs ; il peut arriver qu'on n'ait pas les os entiers ; il conseille dans ce cas de comparer les fragments de squelette que l'on a entre les mains à des fragments correspondants d'un nouveau-né d'un âge connu.

Le *placenta* peut encore donner des indications utiles sur l'âge et le développement probable du fœtus : cet organe est ordinairement bien formé vers le troisième mois de la grossesse et, au moment de l'accouchement, pèse de

5 à 600 grammes ; son diamètre varie de 20 à 25 centimètres ; il est relié à l'enfant par le cordon ombilical, qui à cette époque mesure 45 à 55 centimètres, c'est-à-dire égale la longueur du corps du fœtus. En général ses dimensions sont en rapport avec le développement de ce dernier, et un placenta volumineux suppose toujours un enfant vigoureux.

Ajoutons enfin que, suivant M. Renaut, l'examen microscopique permet de déterminer l'*âge* d'un *poumon embryonnaire*. « Quand les caillots, dit-il, seront fibrineux et granuleux et de plus largement répandus dans l'organe, on pourra conclure que le poumon considéré était encore en voie d'évolution, incapable par cela même de respirer, et appartenait par conséquent à un sujet encore non viable. »

B. **Conditions de viabilité.** — Quant à ce qui concerne la question de viabilité en elle-même, un enfant *vivant* pour être déclaré *viable* devra présenter les caractères suivants : avoir au moins sept mois à sept mois 1/2, une longueur de 32 à 34 centimètres au moins et un poids de 2 kilogrammes à 2 kilog. 50 ; — peau pas trop rouge, ayant une certaine densité et recouverte d'enduit sébacé ; — os solides et bombés à leur partie moyenne ; — cheveux déjà un peu longs et d'une teinte plus ou moins blonde ; — paupières entr'ouvertes, avec disparition à peu près complète de la membrane pupillaire ; — ongles assez consistants, un peu larges et assez longs pour arriver à peu près à l'extrémité des doigts ; — la moitié de la longueur totale du corps aboutissant à peu de distance au-dessus du point où s'insère le cordon ombilical (Briand et Chaudé).

Si au contraire la peau est encore fine et d'un rouge vif, les os du crâne mous et très écartés, les cheveux rares, courts et argentés, les paupières agglutinées, les ongles sans consistance ni largeur, si « la moitié de la longueur totale du corps ne répond encore qu'à un point plus ou moins élevé de l'appendice xyphoïde », l'enfant sera réputé *non viable* (Briand et Chaudé).

Lorsqu'il s'agit de déterminer si un enfant *mort* était né viable, on s'appuiera, d'après ces derniers auteurs, sur les symptômes suivants : « Chez l'enfant *viable*, le cerveau a

déjà de la consistance et les circonvolutions sont plus ou moins dessinées ; les poumons sont fermes, denses, pesants, d'une teinte foncée s'ils n'ont pas encore respiré ; ils sont plus légers, crépitants, rosés lorsque l'air y a déjà pénétré ; le foie est granuleux et d'un rouge brun, et sa vésicule contient un fluide d'autant plus jaunâtre et plus amer que l'accouchement a eu lieu plus près du terme naturel, et même, le méconium, noirâtre et poisseux, est dans le gros intestin, mais plus près de son commencement que de sa fin, selon qu'il a manqué plus ou moins de temps pour que l'enfant soit arrivé à sa maturité complète ; alors aussi les testicules sont ou engagés dans l'anneau inguinal ou près de cet anneau. — Au contraire, chez l'enfant *non viable*, le cerveau est mou et sa surface est lisse ; le foie est situé près de l'ombilic, et sa vésicule ne contient qu'un peu de liquide séreux et non amer ; le méconium seulement jaune ou légèrement verdâtre, n'est encore que dans l'intestin grêle ou dans le commencement du gros intestin ; il n'existe point encore de valvules dans le canal digestif, et il n'y a que très peu de bosselures au côlon ; les testicules sont encore situés près des reins, ou du moins à quelque distance de l'anneau. »

Maladies existant avant la naissance qui peuvent exclure la viabilité. — Le fœtus, en venant au monde, peut être atteint de maladies qui compromettent assez son existence pour qu'on ne puisse le considérer comme viable.

Ces maladies peuvent avoir pour sièges :

1° Les *poumons* qui sont tantôt engorgés, offrant un premier degré d'inflammation qui les rend moins élastiques et leur donne une consistance analogue à celle de la rate (*splénisation*) ; — tantôt volumineux, plus denses, plus résistants qu'à l'état normal, c'est un degré d'inflammation plus avancé, dans lequel le tissu pulmonnaire prend la consistance du foie (*hépatisation rouge*) avec une coloration rouge brun plus ou moins foncé ; — d'autres fois, les poumons ont, comme précédemment, une grande résistance et un aspect grenu caractéristique ; mais, au lieu de la teinte rouge, ils ont un aspect gris blanchâtre (*hépatisation grise*) ; — dans cas certains encore, ils sont atteints d'*œdème pulmonaire* ou

d'*endurcissement lardaciforme* qui rend leur tissu compact, dense, charnu, décoloré, blafard (Devergie) ; — enfin on y trouve quelquefois des *tubercules*.

2° La *moelle épinière* et le *cerveau*, qui peuvent être plus ou moins ramollis, réduits en bouillie, avec ou sans épanchement sanguin, ou comprimés par une augmentation anormale de sérosité (hydrocéphalie, hydrorachis).

3° Le *tube digestif* qui peut présenter des lésions plus ou moins graves : c'est ainsi qu'on a trouvé dans l'*œsophage* et dans l'*estomac* des lésions inflammatoires, de véritables ulcérations qui pourraient faire croire à un empoisonnement par des substances corrosives (Briand et Chaudé).

4° Le *système circulatoire*. Orfila a signalé l'inflammation congénitale du cœur et du péricarde.

5° Enfin quelquefois, les enfants naissent avec une maladie générale, l'ictère, l'anasarque ou l'œdème des nouveau-nés (sclérème) ou une fièvre éruptive, la rougeole ou la variole.

Au point de vue légal, Briand et Chaudé pensent que ces affections, tout en menaçant sérieusement la vie de l'enfant, ne doivent pas l'empêcher de le déclarer *viable civilement*. « Lorsque, disent-ils, le développement de l'organisation est assez avancé pour que les fonctions s'exécutent *régulièrement* au moment de la naissance, lorsqu'il n'existe pas de vice de conformation incompatible avec la continuation de la vie, que l'enfant a poussé des cris pleins et sonores, qu'il a fait des mouvements répétés, il doit être dès lors réputé *civilement* viable, quand bien même sa complexion et son état apparent de santé laisseraient quelques inquiétudes sur la durée de son existence, parce qu'on ne peut avoir la certitude que la maladie dont on le présume atteint, soit essentiellement incompatible avec la prolongation de sa vie au moins pendant un certain temps. Il doit être encore réputé viable, lors même qu'il vient à succomber au bout de quelques jours ou seulement de quelques heures, parce qu'il n'est jamais certain que la terminaison funeste de la maladie n'ait pas été hâtée ou déterminée par quelque cause inappréciée ou inaperçue. »

Vices de conformation. — Monstruosités. — Il n'en

est plus de même de certains vices de conformation qui sont incompatibles avec la vie.

Ces vices de conformation ou déviations organiques, ont été divisés en trois classes : « 1° les *variétés anatomiques*, qui n'altèrent pas la forme extérieure du corps et ne troublent pas l'exercice régulier de ses fonctions : un muscle surnuméraire par exemple. — 2° les *vices de conformation*, qui altèrent la forme et gênent l'exercice des fonctions, tels sont les pieds-bots, l'hypospadias, le bec-de-lièvre, etc. — 3° les *monstruosités*, qui altèrent en même temps la forme, la structure, la connexion des parties externes et internes, intéressent un ou plusieurs appareils organiques et troublent la santé ou compromettent la vie » (Lacassagne).

Ces déviations organiques ne sont pas rares chez l'homme. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire a trouvé à Paris une naissance monstrueuse sur trois mille naissances.

Ces anomalies peuvent résulter : 1° d'un arrêt de développement ; — 2° d'un excès de développement d'un organe qui prend des proportions anormales ; — 3° de la persistance d'un organe qui devrait avoir disparu ; — 4° de la réunion des parties similaires chez les monstres composés (Lacassagne).

Isidore Geoffroy Saint-Hilaire divise ces anomalies organiques en quatre classes :

Anomalies	Simples.....	Hémitéries.
	Complexes.....	Hétérotaxies. Hermaphrodismes. Monstruosités.

1° *Hémitéries*. — Ce sont des anomalies simples généralement *compatibles avec la vie* et comprenant les *variétés anatomiques* et les *vices de conformation*. Les principales sont : a. du côté de la *tête*, l'hydrocéphalie chronique avec arrêt de développement des circonvolutions (pas toujours compatibles avec la vie) ; — b. du côté de la *moelle*, le spina bifida compatible avec la vie s'il est situé au dos ou à la région lombaire, incompatible s'il siège à la région cervicale ; — c. du côté des *poumons*, anomalies rares, presque toujours compatibles avec la vie ; — d. du côté du *cœur*, anomalies

fréquentes. ordinairement compatibles avec la vie; on peut observer : des *ectopies cervicales* ou *abdominales* qui excluent la viabilité, ou des ectopies *simples* qui ne présentent aucun inconvénient; l'*absence de cloisons entre les cavités*, il y a des exemples d'enfants ayant vécu plusieurs années; l'*absence de la paroi inter-ventriculaire*, la viabilité est possible; la *persistance du trou de Botal*, compatible avec la vie; l'*embouchure anormale des vaisseaux avec les cavités*, il y a non-viabilité; l'*absence du cœur* (acardie), incompatible; — e. du côté de l'*appareil digestif*, l'imperforation de l'œsophage ou de l'anus, l'absence du rectum; l'enfant peut vivre dans ces deux derniers cas à l'aide d'une opération chirurgicale.

2° *Hétérotaxies*. — Ce sont des inversions d'organes qui peuvent être générales ou splanchniques. Elles n'excluent pas la viabilité.

3° *Hermaphrodismes*. — Nous les avons étudiés précédemment (voir page 5); tous les hermaphrodites sont viables.

4° *Monstruosités*. — Elles comprennent deux classes :

Monstres *simples* ou *unitaires*.		*Autosites* (vivant par eux-mêmes).
		Omphalosites (ne vivant que dans la mère).
		Parasites (vie végétative et parasitaire).
Monstres *composés*.	*Monstres doubles*.	Autositaires (union de deux individus sensiblement égaux et vivant par leurs propres organes.)
	Monstres triples.	Parasitaires (union d'un individu normal et complet avec un individu rudimentaire).

A. Les monstres simples *autosites* « sont ceux qui sont capables de vivre et de se nourrir (au moins à l'état fœtal) par le fonctionnement de leurs propres organes » (Lacassagne). Le vice de conformation peut avoir pour siège : a. les *membres* : deux familles, les *ectroméliens* (absence de membres) et les *syméliens* ou sirènes (fusion des membres); les premiers sont généralement viables, les seconds ne le sont pas, parce que les anomalies portent en même temps sur les viscères abdominaux ; — b. le *tronc* : ce sont les *célo-*

somiens, dont le vice de conformation consiste en une division médiane plus ou moins étendue, portant sur la paroi antérieure du tronc et limitée à la cavité thoracique ou abdominale ; ils ne sont pas viables; — c. la *tête* : il peut y avoir fusion médiane des deux yeux avec atrophie du nez (*cyclocéphalie*); allongement du nez en trompe (*rhinocéphalie*); d'autres fois, la face est intacte, mais le cerveau et la moelle font défaut (*anencéphales*), ou bien le cerveau est remplacé par une masse molle et vasculaire (*pseudencéphales*), ou bien enfin il fait hernie hors de la boite crânienne (*exencéphales*); aucune de ces anomalies n'est compatible avec la vie.

Les monstres simples *omphalosites* ont un corps anormal irrégulier contenant quelques viscères; on les divise en *acéphaliens, paracéphaliens* et *anidiens.*

Les monstres simples *parasites* sont des produits de conception restés imparfaits et souvent sans formes, siégeant dans l'utérus ou les ovaires.

B. Les monstres *composés,* dus à la réunion de deux ou plusieurs germes, sont toujours du même sexe et peuvent être viables; quelques-uns ont même une vie presque complètement indépendante, comme les frères Siamois, les sœurs Millie-Christine, avec une existence cérébrale propre à chacun des deux êtres composants, ayant ses désirs, sa volonté, sa sensibilité. Lorsque les organes génitaux sont complets, la reproduction est possible, et il n'y a pas transmission de l'anomalie organique. Ajoutons enfin que la mort d'un des sujets est bientôt suivie de la mort de l'autre.

On divise ces monstres doubles en *autositaires* et en *parasitaires.*

Les *autositaires* comprennent : a. les *ensomphaliens*, dont les corps sont soudés par une surface plus ou moins étendue des régions lombaire ou sacrée; ce sont les types les plus fréquents des monstres doubles (Lacassagne) ; ils sont viables; — b. les *sternopages* réunis par le sternum, et les *xyphopages,* soudés au niveau de l'épigastre ; ils sont viables lorsqu'il y a deux cœurs séparés ; — c. les *sycéphaliens*, caractérisés par la fusion des deux têtes ; ne sont pas viables ; — d. les *sysomiens*, monstres doubles à un seul corps ; ne sont pas viables.

Les monstres doubles *parasitaires* sont constitués par l'union d'un individu bien conformé, vivant par lui-même, et d'un autre individu moins robuste, greffé sur lui et qui vit à ses dépens ; ils sont bi-mâles ou bi-femelles et quelquefois viables. On les a divisés en parasites *extérieurs* (*hétérotypiens*) et parasites *inclus* (*endocymiens*).

Les parasites *extérieurs* se subdivisent en : parasites *crâniens*, ayant une tête surnuméraire sur le sommet de la tête principale (quelquefois viables) ; — parasites *maxillaires* (*polygnathiens*) formés par l'adhérence d'un être rudimentaire aux mâchoires d'un fœtus bien conformé (pas viables) ; — parasites *ombilicaux*, qui présentent au niveau de la région ombilicale un fœtus accessoire complet ou incomplet ; — enfin parasites *polyméliens*, constitués par l'existence sur un sujet bien conformé d'un ou plusieurs membres accessoires (Geoffroy Saint-Hilaire) ; ils sont viables.

Les parasites *inclus* ou *endocymiens* sont caractérisés par l'inclusion complète du parasite dans l'autosite, par exemple dans la cavité abdominale, les ovaires, les testicules. Ces monstres sont viables.

DES ATTENTATS CONTRE LE PRODUIT DE LA CONCEPTION.

Ces attentats comprennent, au point de vue légal : 1° les crimes et les délits qui ont pour but d'empêcher ou de détruire la preuve de l'état civil d'un enfant (exposition, supposition, suppression et substitution d'enfant) ; — 2° l'infanticide.

EXPOSITION, SUPPOSITION, SUPPRESSION ET SUBSTITUTION D'ENFANT.

Législation. — *Code pénal.* Art. 345. — Les coupables d'enlèvement, de recel ou de suppression d'un enfant, de substitution d'un enfant à un autre, ou de supposition d'un enfant à une femme qui ne sera pas accouchée, seront punis de réclusion. S'il n'est pas établi que l'enfant ait vécu, la peine sera d'un mois à cinq ans d'emprisonnement. S'il est établi que l'enfant n'a pas vécu, la peine sera de six jours à deux mois d'emprisonnement. Seront punis de la réclusion ceux qui,

étant chargés d'un enfant, ne le présenteront point aux personnes qui ont droit de le réclamer.

Art. 347. — Toute personne qui, ayant trouvé un enfant nouveau-né, ne l'aura pas remis à l'officier de l'état civil, ainsi qu'il est prescrit par l'article 58 de Code civil, sera punie des peines portées au précédent article. La présente disposition n'est point applicable à celui qui aurait consenti à se charger de l'enfant et qui aurait fait sa déclaration à cet égard devant la municipalité du lieu où l'enfant a été trouvé.

Art. 348. — Ceux qui auront porté à un hospice un enfant au-dessous de l'âge de sept ans accomplis, qui leur aura été confié afin qu'ils en prissent soin ou pour toute autre cause, seront punis d'un emprisonnement de six semaines à six mois, et d'une amende de seize francs à cinquante francs.

Art. 349. — Ceux qui auront exposé ou délaissé en un lieu solitaire un enfant au-dessous de sept ans accomplis, ceux qui auront donné l'ordre de l'exposer ainsi, si cet ordre a été exécuté, seront, pour ce seul fait, condamnés à un emprisonnement de six mois à deux ans et à une amende de seize francs à deux cents francs.

Art. 350. — La peine portée au précédent article sera de deux ans à cinq ans, et l'amende de cinquante francs à quatre cents francs, contre les tuteurs ou tutrices, instituteurs ou institutrices de l'enfant exposé ou délaissé par eux ou par leur ordre.

Art. 351. — Si, par suite de l'exposition ou du délaissement prévus par les articles 349 et 350, l'enfant est demeuré mutilé ou estropié, l'action sera considérée comme blessures volontaires à lui faites par la personne qui l'a exposé et délaissé ; et, si la mort s'en est suivie, l'action sera considérée comme meurtre : au premier cas, les coupables subiront la peine applicable aux blessures volontaires ; et, au second, celle du meurtre.

Art. 352. — Ceux qui auront exposé et délaissé en un lieu non solitaire un enfant au-dessous de l'âge de sept ans accomplis seront punis d'un emprisonnement de trois mois à un an et d'une amende de seize francs à cent francs.

Art. 353. — Le délit prévu par le précédent article sera puni d'un emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de vingt-cinq francs à deux cents francs, s'il a été commis par les tuteurs ou tutrices, instituteurs ou institutrices de l'enfant.

Code civil. Art. 327. — L'action criminelle contre un délit de suppression d'état ne pourra commencer qu'après le jugement définitif sur la question d'état.

Ces attentats ou ces délits soulèvent plutôt des discussions de droit, de jurisprudence qui nécessitent parfois l'intervention médico-légale. — L'expert peut en effet être consulté pour constater : A. Dans le cas de *suppression* ou

d'*exposion d'enfant* : 1° si la femme est réellement accouchée et depuis quand ; — 2° si l'enfant qu'on lui attribue est bien le sien ; — 3° si les conditions dans lesquelles l'enfant a été exposé (défaut de soins, manque de nourriture, de vêtements, exposition au froid, etc.) ont été réellement la cause des maladies ou des infirmités qu'on constate sur lui ; — 4° dans le cas où l'enfant a succombé, s'il était né vivant et viable et si la mort est bien la conséquence de l'abandon. — B. Dans le cas de *supposition d'enfant* : 1° si la femme qui prétend être accouchée a eu des enfants, ce qui peut s'établir par l'examen physique, dans le cas où il serait question d'accouchement *récent*; pour un accouchement ancien, surtout chez une femme qui a eu d'autres enfants que celui qui est en cause, il faudra chercher ailleurs des preuves pour ou contre. — C. Dans le cas de *substitution d'enfant*. Si le fait existe réellement, suivant Briand et Chaudé, cette substitution « ne peut être constatée facilement que dans deux cas : 1° si la femme est tout récemment accouchée, on reconnaît par l'examen de l'enfant, et particulièrement du cordon ombilical, que sa naissance n'est pas aussi récente ; 2° si, au contraire, la femme ne présente plus de signes d'un accouchement tout récent, l'état du cordon et les autres signes fournis par l'examen de l'enfant indiqueraient qu'il vient de naître. »

DE L'INFANTICIDE.

Législation. — *Code pénal.* Art. 300. — Est qualifié *infanticide* le meurtre d'un enfant nouveau-né.

Art. 302. — Tout coupable d'infanticide sera puni de mort.

Art. 295. — Est réputé *meurtre* l'homicide commis volontairement.

Comme on le voit par ces textes, la loi a établi, avec intention, une distinction entre l'homicide et l'infanticide, et a voulu couvrir d'une protection spéciale le nouveau-né, « cet être qui entre dans la vie sans défense, dit Tardieu, et qu'un crime peut si facilement faire disparaître avant même que sa naissance ait été connue ou seulement soupçonnée. » Cette distinction n'existe pas en Angleterre, où la loi ne con-

sidère pas l'infanticide comme un crime particulier, et le traite comme les autres cas de meurtre (Taylor).

Statistique. — L'infanticide est un crime fréquent qui suit partout une progression véritablement effrayante, en France, en Angleterre et en Allemagne.

Nous rappellerons, avant d'aborder les divers points relatifs à ce genre d'attentat, que, suivant Tardieu, l'avortement et la viabilité ne doivent pas être confondus avec l'infanticide ; ce sont pour lui des questions absolument distinctes : il y a avortement alors même qu'on ne retrouve pas le corps du délit, tandis que pour l'infanticide, il faut absolument qu'on ait le cadavre du nouveau-né.

Voici, d'après les *Comptes rendus annuels de la justice criminelle*, le nombre moyen par année des accusations et des accusés d'infanticides en France depuis 1826 jusqu'à 1875 :

1826	à	1830.....	102	accusations.	103	accusés.
1831	»	1835.....	94	»	103	»
1836	»	1840.....	135	»	157	»
1841	»	1845.....	143	»	167	»
1846	»	1850.....	152	»	172	»
1851	»	1855.....	183	»	212	»
1856	»	1860.....	214	»	252	»
1861	»	1865.....	206	»	231	»
1865	»	1875.....	195	»	216	»

M. Lacassagne fait remarquer que le mouvement ascensionnel, très marqué de 1826 à 1860, est en décroissance depuis cette époque; il pense que le nombre des infanticides va réellement en diminuant.

La statistique démontre encore : 1° qu'il y a *rarement* des *complices* dans ce genre de crime; le nombre des accusés dépasse de 1/7 environ celui des accusations; — 2° qu'au point de vue du *sexe*, les infanticides sont surtout commis par des *femmes*; les hommes ne figurent que dans la proportion de 7 à 9 pour 100; les accusées femmes sont seize fois plus nombreuses ; — 3° qu'au point de vue de l'*âge*, les femmes ont généralement plus de vingt et un ans et moins de quarante ; — 4° qu'au point de vue de l'*état civil*, les trois quarts des accusées sont *célibataires;* on observe rarement

l'infanticide chez des gens légitimement unis ; les accusées sont surtout des domestiques dans les villes, des servantes à la campagne ; — 5° qu'au point de vue du *degré d'instruction*, ce crime est surtout commis par des individus à peu près complètement illettrés (83 pour 100 de 1826 à 1850, et 79 pour 100 dans les 15 dernières années); il y a là, dit Tardieu, un rapport fatal entre l'ignorance et l'infanticide ; — 6° enfin qu'au point de vue de la *répression*, ce crime est celui qui offre la plus forte proportion d'acquittements, 374 environ sur 1000 accusations.

Suivant Tardieu, qui a étudié longuement cette grave question de l'infanticide et à qui nous ferons de nombreux emprunts [1], on peut diviser en six groupes les faits principaux relatifs à ce genre d'attentat contre le produit de la conception. Le médecin légiste aura à établir : 1° l'identité de l'enfant nouveau-né ; — 2° la preuve qu'il a vécu ; — 3° les causes de sa mort ; — 4° l'époque de cette mort ; — 5° les conditions physiques et morales de la femme accusée d'infanticide ; — 6° les circonstances de fait qui ont accompagné cet attentat.

1° **Identité du nouveau-né.** — La première question à résoudre, avant toute recherche sur le crime dont l'enfant a été victime, est de fixer son individualité, c'est-à-dire d'établir que l'enfant en question est réellement un *nouveau-né*. — Nous avons vu dans le chapitre précédent à quel ensemble de caractères on reconnaît que l'enfant vient de naître, soit à terme, soit à une période voisine de cette époque.

Mais d'abord que doit-on entendre par enfant *nouveau-né* ? Jusqu'à quelle époque cette expression est-elle applicable à l'enfant qui vient de naître ? La législation ne précisant pas de date, Ollivier (d'Angers) avait proposé pour limite de l'état de nouveau-né la *chute du cordon ombilical* ; Billard la formation de la cicatrice ombilicale, Robert Froriep (de Berlin) l'état sanguinolent de la surface du corps. Tardieu, qui accepterait plus volontiers le caractère anatomique indi-

1. *Étude médico-légale sur l'Infanticide*, par Ambroise Tardieu, Paris, J.-B. Baillière. 1868.

qué par Ollivier (d'Angers), pense qu'il vaut mieux s'en tenir à la définition donnée par un arrêt de la Cour de cassation en 1835, ainsi formulé : que « le nouveau-né est l'enfant au moment où il vient de naître ou dans un temps très rapproché de celui de la naissance ». Cette définition lui paraît bonne, « parce qu'elle n'a rien d'absolu et qu'elle laisse toute latitude à l'appréciation de chaque fait particulier. »

Nous avons vu précédemment (voir p. 664) d'après quelles données on pourra déterminer l'âge du fœtus et établir s'il est venu à terme ou non ; nous n'y reviendrons pas ; nous nous contenterons de rappeler que ces caractères sont de trois ordres : 1° le développement général du corps ; — 2° le degré de l'ossification ; — 3° enfin l'état de la peau.

2° L'enfant est-il né vivant ? — C'est ici la question capitale, celle qui domine l'infanticide et qui permettra de se prononcer sur la culpabilité de l'accusé ; c'est aussi la plus délicate et la plus difficile à résoudre.

Les signes qui permettent de répondre à cette question sont de deux ordres : 1° ceux qui démontrent que l'enfant était mort dans le sein de sa mère et qu'il est mort-né ; — 2° ceux qui se déduisent des caractères mêmes de la vie, c'est-à-dire de l'établissement des fonctions respiratoires.

A. **Caractères de l'enfant mort dans le sein de sa mère et ayant subi la putréfaction utérine.** — Souvent l'inspection seule du cadavre suffit pour reconnaître que l'enfant est né mort, par exemple dans le cas où le fœtus a séjourné pendant plusieurs jours dans la matrice. Il n'en est toujours ainsi. Les caractères de la putréfaction utérine, déjà indiqués par Orfila et Chaussier, ont été particulièrement étudiés par MM. Santez et Lempereur. Voici la description qu'en donne Tardieu, d'après ces auteurs : « Après quelques jours de macération, les tissus du fœtus sont infiltrés, la peau prend, en certains points, surtout à l'abdomen, aux parties sexuelles, une coloration d'un rouge brun qui bientôt s'étend uniformément à tout le corps. Quelques phlyctènes violacées se montrent au ventre, sur les membres, au cou. La sérosité sanguinolente qui les remplit a transsudé également dans les cavités splanchniques. Cette imbibition devient générale, le cadavre est gonflé et a perdu sa con-

sistance et sa forme, il s'affaisse sur lui-même ; le ventre aplati et flasque, se déjette en tous sens comme une vessie demi-pleine qu'on placerait sur une table. Les os du crâne sont mobiles les uns sur les autres, et la tête est tuméfiée et aplatie comme celle des noyés. L'épiderme s'enlève, et l'infiltration séro-sanguinolente est générale. Le cordon ombilical est plus que doublé de volume. Les viscères sont ramollis et présentent à l'examen microscopique les granulations caractéristiques de la dégénérescence graisseuse. Plus tard, les épiphyses se détachent du corps des os. » Dans les cas où la macération remonte à un temps très long, le fœtus a subi une sorte de momification ou une transformation analogue au gras de cadavre. Enfin, lorsque les membranes ont été rompues et que le cadavre a été soumis à l'action de l'air atmosphérique, le fœtus subit une véritable putréfaction comme à l'air libre, avec la coloration caractéristique et l'odeur franchement putride. Le plus ordinairement, l'expert se trouve en présence d'un état mixte, c'est-à-dire que le fœtus, après avoir macéré plus ou moins longtemps dans la matrice, est resté quelque temps à l'air et présente les signes de la macération et ceux de la décomposition putride. Avec un peu d'habitude, on arrive vite à les différencier les uns des autres.

B. **Signes de la vie d'après les modifications subies par les organes respiratoires.** — Ces organes subissent, par suite de la pénétration de l'air, des modifications profondes, absolument caractéristiques, qui portent sur la *conformation extérieure du thorax*, — sur la *situation des poumons*, — leur *aspect extérieur*, — leur *structure*, — leur *poids* et leur *volume*.

a. *Conformation du thorax.* — Suivant les anciens auteurs, les premiers efforts de la respiration auraient pour conséquence de produire une certaine dilatation de la poitrine dont la voussure est plus accentuée. Tardieu pense qu'on a singulièrement exagéré l'importance de ce caractère, et partage absolument l'opinion de Casper, pour qui « *la voussure de la poitrine comme signe diagnostique n'a aucune valeur en médecine légale.* »

b. *Situation des poumons.* — Chez un enfant nouveau-né

qui *n'a pas respiré*, les poumons sont profondément enfoncés dans la cavité thoracique, de chaque côté du rachis, le long des gouttières vertébrales, où ils sont presque complètement cachés par le thymus et le cœur. — Chez un enfant qui *a respiré*, ils sont dilatés, remplissent le thorax, proéminent entre les sections d'ouverture de la poitrine et recouvrent en partie le cœur et le thymus. Dans certains cas, très rares il est vrai, les poumons sont très petits et enfoncés dans la cavité thoracique, même chez des enfants qui ont respiré (Devergie).

c. *Aspect extérieur.* — Les poumons à l'*état fœtal*, c'est-à-dire qui n'ont pas respiré, ont une surface lisse, où l'on distingue à peine les lignes cellulaires qui séparent les lobules pulmonaires, sans apparence de vésicules pulmonaires. Leur couleur est très variable, tantôt d'un blanc pâle, blafard ou un peu rosé, le plus souvent d'une *couleur splénique*, d'*un rouge lie de vie*, *uniforme* sur toute l'étendue de l'organe. Suivant Devergie et Casper, c'est une teinte d'un rouge brun, couleur de foie d'adulte; les bords sont d'un rouge un peu plus clair. — Les poumons qui *ont respiré* ont un aspect bien différent; ils sont « d'un *rose vif*, quelquefois rouge et plus ou moins foncé, quelquefois d'un rouge vermeil avec des taches d'un rouge bleu foncé (Lutaud); mais la teinte n'est jamais égale, elle est d'ordinaire nuancée et comme marbrée. La surface est manifestement lobulée et partagée en petites cellules polygonales dilatées par l'air et visibles même à l'œil nu. » (Tardieu.)

d. *Structure.* — Les poumons à l'état fœtal sont constitués par une masse spongieuse et un tissu compact; dès qu'ils ont respiré, ils se dilatent, et l'on reconnait nettement leur structure vésiculaire. La compression détermine une sensation particulière, tout à fait caractéristique et un bruit qu'on a désigné sous le nom impropre de *crépitation*, et qui est dû à l'issue de l'air mélangé à des matières liquides. Si l'on fait une incision, on voit encore la même disposition vésiculaire.

e. *Poids, densité, volume.* — Les poumons qui ont respiré présentent une augmentation de poids considérable, par suite de l'afflux du sang et de la pénétration de l'air.

L'ensemble des procédés destinés à reconnaître les modifications éprouvées par les poumons, au point de vue du poids, du volume et de la densité constitue ce qu'on appelle la *docimasie pulmonaire*. Il en existe cinq variétés : la docimasie par la *balance*, la docimasie *hydrostatique* par la *méthode de Daniel*, la docimasie *hydrostatique* par la *méthode ordinaire*, la docimasie *pulmonaire optique*, enfin la docimasie *auriculaire*.

Docimasie par la balance. — Ploucquet (1736), se basant sur ce fait que le poids des poumons augmente par la respiration, sous l'influence de l'afflux du sang et de l'accès de l'air, proposa de démontrer que l'enfant avait respiré par le rapport qui existe entre le poids total du corps et le poids des poumons, suivant que le nouveau-né avait ou n'avait pas respiré. Il avait trouvé que, dans le dernier cas, le rapport était de 1 : 70; dans le premier, le double, 1 : 35. Il est reconnu actuellement, depuis les recherches de Dèvergie, d'Orfila, que ces chiffres sont absolument inexacts. Ainsi Casper a trouvé comme rapport 1 : 60 pour les poumons qui n'ont pas respiré, et 1 : 53 pour ceux qui ont respiré, c'est-à-dire une différence beaucoup plus faible et plus difficilement appréciable que celle indiquée par Ploucquet. Aussi cette méthode est-elle complètement abandonnée aujourd'hui, car, suivant Tardieu, elle ne peut être d'aucune utilité pratique; elle prouve toute simplement que le poumon augmente de poids sous l'influence de la respiration.

Docimasie hydrostatique d'après le procédé Daniel. — Cette méthode, proposée par Daniel, repose sur le principe d'Archimède. Voici en quoi elle consiste : après avoir pratiqué la ligature des gros vaisseaux, on retire ensemble de la cavité thoracique les poumons, le cœur et le thymus, qu'on pèse exactement; on coupe ensuite ces derniers organes, qu'on pèse séparément; en retranchant leur poids du poids précédemment obtenu, on obtient le poids net des poumons; on suspend ensuite les poumons seuls au crochet de la balance; puis on les plonge dans un vase plein d'eau; en vertu de la loi d'Archimède, ils perdent une partie de leur poids ; on rétablit l'équilibre en modifiant le nombre des poids de l'autre plateau, et l'on a ainsi la déperdition de poids

prouvée par les poumons. — Si les poumons surnagent, n les place dans un petit panier en fil d'argent qui les fait longer dans l'eau; on met, comme précédemment, le poids qu'il faut enlever dans l'autre plateau, pour rétablir l'équilibre. L'opération étant disposée comme on vient de le dire, voici alors, dit Legrand du Saulle, ce qu'on observe : si les poumons sont ceux d'un nouveau-né qui n'a pas respiré, ils ont peu de volume; par conséquent, ils déplacent peu d'eau et ils perdent peu de leur poids. Si, au contraire, les poumons ont respiré, ils ont beaucoup de volume, ils devront donc déplacer beaucoup d'eau et perdre beaucoup de poids : ainsi par exemple, dans le premier cas, si les poumons pèsent 50 à l'air libre, ils peuvent perdre 15, il leur resterait un poids de 35; tandis que dans le second cas, si les poumons pèsent 100, plongés dans l'eau, ils perdraient 30 et il leur resterait 70. Enfin, si c'est par insufflation que l'air a été introduit dans les poumons, les organes auront bien augmenté de volume, mais non de poids, puisque c'est le sang et non l'air qui change leur poids absolu, et qu'en cas d'insufflation ils ne reçoivent plus de sang. Le poids de ces poumons insufflés sera donc de 50 à l'air libre, comme celui des poumons qui n'ont pas respiré ; mais ils déplaceront autant d'eau que des poumons qui auraient respiré, puisqu'ils ont le même volume ; par conséquent, ils perdront le même poids qu'eux, c'est-à-dire 30, et il ne leur resterait que 20 de poids. » Cette méthode est trop minutieuse et demande trop de soin pour être réellement pratique; il existe enfin trop de variations individuelles dans le poids et le volume des poumons ; aussi y a-t-on généralement renoncé en médecine légale.

Docimasie hydrostatique par le procédé ancien ou méthode de Gallien. — Elle est de beaucoup préférable à toutes les autres, en raison même de sa simplicité. Indiquée par Gallien, elle ne fut réellement introduite dans la pratique de la médecine légale que depuis 1663 par Bartholin ; c'est la seule qui mérite réellement le nom de docimasie pulmonaire. Elle repose sur ce principe que le poumon d'un enfant qui n'a pas respiré est *plus dense* que l'eau et ne doit pas surnager, tandis que le poumon qui a respiré

est *moins dense* que l'eau et par conséquent doit surnager. Voici comment il faut procéder : on prend un vase plein d'eau, assez grand pour que les organes puissent y plonger librement sans toucher les parois, un sceau par exemple ; on le remplit d'eau à la température ordinaire, puis. La poitrine étant ouverte, dit Tardieu, il faut saisir avec les pinces l'extrémité supérieure du larynx et de l'œsophage, les trancher d'un seul coup, et, pendant que la main qui tient la pince soulève et tire en avant, raser la colonne vertébrale avec le scalpel en détruisant toutes les attaches jusqu'à ce que, arrivé au diaphragme, on ramène l'instrument horizontalement d'arrière en avant et l'on détache ainsi d'un seul coup toute la masse des viscères contenus dans la cavité thoracique. Sans lâcher la pince qui les tient, on les porte immédiatement et tous ensemble dans le vase plein d'eau, et on les y abandonne à eux-mêmes. » Tardieu ne croit pas nécessaire de faire la ligature préalable de la trachée et des vaisseaux, ce qui complique l'opération et augmente les difficultés, surtout quand on opère seul ; il pense que la petite quantité de sang perdu ne fait pas varier sensiblement les résultats de l'épreuve hydrostatique ; cette perte est d'ailleurs largement compensée par le poids du cœur et du thymus qu'on a conservés.

Les organes une fois plongés dans le liquide, il ne peut se présenter que trois alternatives : la masse *surnage*, elle *tombe au fond du vase* ou *reste entre deux eaux*. — On note le fait avec les circonstances qui l'accompagnent, c'est-à-dire la rapidité plus ou moins grande avec laquelle les poumons s'enfoncent, et s'ils descendent jusqu'au fond du vase ou s'ils restent à une certaine hauteur. On répète ensuite l'expérience avec les deux poumons seuls, puis sur chaque poumon, enfin sur chaque lobe ou sur des fragments de lobe. Le fait une fois bien constaté, quelle en est la signification ?

α. *Le poumon surnage.* — Ce fait, purement physique, indique tout simplement que la masse des organes thoraciques, par suite de la présence des gaz qu'ils contiennent, a un poids spécifique inférieur à celui du liquide ; il ne faudrait pas en conclure d'emblée que les poumons ont res-

piré; les conditions qui peuvent expliquer la pénétration des gaz dans le tissu pulmonaire et conséquemment cette surnatation sont : la *respiration naturelle*, qui a fait pénétrer l'air dans les vésicules pulmonaires et produit la dilatation du poumon ; — la *putréfaction*, qui donne naissance à des gaz putrides ; — enfin l'*insufflation*, qu'on pratique dans la respiration artificielle pour rappeler à la vie un enfant en état de mort apparente.

La *putréfaction*, chez le nouveau-né, ne gagne que très tardivement les poumons, et tous les autres organes peuvent être déjà en pleine décomposition avant que le tissu pulmonaire soit atteint : il n'est pas rare, dit Tardieu, de trouver les poumons absolument intacts sur des cadavres de nouveau-nés dans un état de décomposition déjà avancée. Lorsque les poumons sont eux-mêmes envahis par la putréfaction, ils ont un aspect caractéristique ; ils sont déformés; leur surface est mamelonnée, couverte d'ampoules plus ou moins volumineuses ; le tissu pulmonaire est ramolli, encore un peu élastique ; mais il a perdu toute sa consistance ; il est d'une couleur rouge, mélangée de gris et de vert ; il existe quelquefois en même temps un véritable emphysème putride; dans ce cas, on peut, en perçant les poches emphysémateuses, expulser les gaz que contient ce tissu et le soumettre à l'épreuve docimasique, et s'il surnage encore, on peut conclure qu'il avait respiré. Lorsque les organes thoraciques sont putréfiés, Tardieu conseille de séparer les poumons du cœur et du thymus : il peut arriver en effet que, sous l'influence de la putréfaction, le cœur se transforme en une sorte de poche, de vessie remplie de gaz putrides, et surnage dans le liquide avec le thymus ramolli et infiltré de produits gazeux ; la surnatation des poumons peut être due à cette circonstance exceptionnelle ; aussi doit-on faire l'épreuve avec les poumons isolés.

M. Clément signale le moyen suivant pour distinguer les bulles d'air de celles que forment les gaz putrides, et surtout pour reconnaitre la pénétration de l'air dans les alvéoles, quand les poumons n'en renferment que très peu : « On enlève avec des ciseaux fins une très légère couche du poumon et on la porte sur une lame de verre servant aux

préparations histologiques ; on ajoute une goutte ou deux d'eau ou de glycérine, et on recouvre le tout d'une petite lamelle en observant les précautions ordinaires; on presse sur la lamelle, avec l'extrémité d'une baguette. Aussitôt on voit sourdre en groupes serrés les bulles, dont le volume et les autres caractères sont alors remarquablement nets. Si la préparation est assez fine, on peut même, avec un objectif faible l'examiner au microscope. On est frappé dans ce cas de voir combien deviennent caractéristiques les milliers de petites bulles que l'on surprend pour ainsi dire au moment où elles s'échappent des alvéoles. — Cette épreuve, à mon avis, acquiert bien plus de valeur encore, si l'on a soin de la pratiquer alors que, par la compression sous l'eau, on a déjà chassé la plus grande partie des gaz contenus dans le fragment de poumon sur lequel on fait la coupe. »

L'*insufflation artificielle* donne rarement lieu à des erreurs, et, suivant Lutaud, il n'existe pas encore de cas où cette opération ait été une cause d'erreur en médecine légale. Il est bon cependant que l'expert soit en état de reconnaître des poumons insufflés; ces poumons, qui au premier abord ressemblent à des poumons ayant respiré, ont une teinte uniformément rosée, sans marbrures; ils ne contiennent que très peu de sang; enfin, si on les coupe et si on les comprime sous l'eau, il n'en sort que de l'air et pas de sang; de plus ces poumons sont insufflés d'une manière inégale, et, suivant Depaul, on trouve de petites plaques irrégulièrement disséminées, les unes de la couleur du foie, les autres plus ou moins rosées; il existe toujours en même temps un peu d'emphysème, résultant de la déchirure des vésicules pulmonaires dans les efforts de l'insufflation; enfin souvent on trouve également de l'air dans l'estomac et les intestins, qui sont eux-mêmes distendus et insufflés.

M. le Dr Herbet (d'Amiens) signale encore, parmi les causes capables de produire la surnatation des poumons, la *congélation*, constatée dans un cas très intéressant et d'une façon indubitable; les poumons de l'enfant qui n'avait pas respiré surnagèrent pendant quelque temps dans l'eau chaude et ne tombèrent au fond du vase qu'au bout de quelques

minutes. Il y a là une particularité intéressante que ne doit pas oublier le médecin légiste.

Tardieu appelle enfin son attention sur une autre cause d'erreur : c'est le séjour plus ou moins prolongé des poumons dans l'*alcool;* ces organes, imprégnés de ce liquide, deviennent plus légers et peuvent surnager pendant quelque temps.

« En résumé, dit Tardieu, la conclusion médico-légale à tirer du fait de la surnatation des organes retirés de la poitrine du nouveau-né est celle-ci : *Lorsque les poumons surnagent soit en masse, soit isolément, entiers ou divisés, et qu'ils ne sont ni pourris, ni insufflés artificiellement, ni congélés, ni macérés dans l'esprit-de-vin, il est permis d'affirmer que l'enfant a respiré et que, par conséquent, il a vécu.* » Cette conclusion est formelle, ajoute-t-il, et ne craint pas les objections.

β. *Le poumon ne surnage pas.* — Comme pour le cas précédent, il ne faut pas conclure trop vite : ce simple fait physique prouve seulement que le poids spécifique des poumons est inférieur à celui de l'eau, mais ne prouve pas nécessairement et d'emblée que l'enfant n'a pas respiré. La submersion peut avoir pour cause : la *persistance de l'état fœtal du poumon;* — une *altération pathologique* qui augmente la densité du tissu pulmonaire; — enfin la *désorganisation* de l'organe par la putréfaction ou par toute autre cause.

La *persistance de l'état fœtal* peut se produire dans les cas où l'enfant né vivant ne respire pas ou respire si peu que l'air ne pénètre pas dans les poumons, soit par suite de faiblesse congénitale, d'un vice de conformation, ou d'un état pathologique quelconque. Ces faits, du reste, sont assez rares. Tardieu a constaté que les poumons, dans ces circonstances, offraient à leur surface des ecchymoses ponctuées, disséminées sur la plèvre et analogues à celles qu'on observe chez les enfants étouffés. Quel que soit le mécanisme de cette persistance de l'état fœtal, il est actuellement hors de doute « que les enfants nés avant terme, chétifs, malades ou mal conformés, peuvent venir au monde vivants, s'agiter, exécuter des mouvements de la face ou des membres, et même crier, et cela non seulement pendant quelques ins-

tants, mais pendant plusieurs heures et même plus d'un jour, sans que leurs poumons aient été pénétrés par l'air, sans qu'à l'autopsie ils aient présenté d'autres caractères que ceux de l'état fœtal, sans qu'enfin ils surnagent à l'épreuve hydrostatique. » (Tardieu.) Quant à la valeur de cet état plus ou moins pathologique, au point de vue médico-légal, elle est en réalité purement négative et ne prouve pas plus la mort que le fait de la vie chez l'enfant nouveau-né (Tardieu).

Les *états pathologiques* du fœtus et surtout les *maladies* du poumon, qui peuvent augmenter le poids de ces organes, au point de produire la submersion complète, ne sont pas très fréquents ; ceux qu'on a rencontrés le plus souvent sont : différentes formes de pneumonie, de congestion avec hépatisation ou splénisation des organes (*atélectasie*), enfin certaines productions caractéristiques de la syphilis congénitale. Dans ces diverses circonstances, les poumons renferment une grande quantité de sang et d'écume sanguinolente; ils ne sont pas envahis dans leur totalité par le produit morbide, et, dans le cas où l'enfant a respiré, certains fragments du poumon surnageront, tandis que d'autres tomberont au fond du vase.

La *désorganisation du poumon* par la putréfaction a pour conséquence le ramollissement complet du tissu pulmonaire avec destruction de la structure alvéolaire; le poumon est réduit en une sorte de bouillie, de magma diffluent plus lourd que l'eau et qui tombe au fond du vase. Mais il faut, pour arriver à ce degré, que la putréfaction soit très avancée et date de plusieurs semaines, quelquefois même de plusieurs mois.

Enfin, lorsque le poumon a été soumis à la *coction*, il acquiert une densité plus considérable qu'à l'état normal et ne surnage plus, même quand l'enfant a respiré.

M. Clément, médecin des hôpitaux de Lyon, a résumé dans le tableau suivant [1] les caractères différentiels des trois états organiques des organes respiratoires que l'on peut trouver à l'autopsie d'un nouveau-né.

1. *Conférences pratiques de médecine légale*, par E. Clément, médecin des hôpitaux de Lyon. J.-B. Baillière et fils. Paris, 1880.

POUMONS		
A L'ÉTAT FŒTAL	AYANT RESPIRÉ	INSUFFLÉS
Poumons situés profondément dans la cavité thoracique, affaissés, appliqués contre la gouttière costo-vertébrale.	Poumons dilatés remplissant la cavité thoracique.	Portions restées à l'état fœtal.
Masqués par le thymus et le cœur.	Couvrant en partie le cœur et le thymus.	Id.
Surface lisse, lobules à peine dessinés	Structure lobaire distincte.	Id.
Coloration d'un rouge foncé lie de vin uniforme.	Coloration d'un rose pâle, avec marbrures plus foncées.	Coloration d'un blanc mat.
A la coupe.		
Tissu compact, homogène.	Structure vésiculeuse apparente.	Id.
Pas de crépitation.	Crépitation très manifeste.	Crépitation faible.
Issue d'un liquide rosé à une pression forte mais sans bulles de gaz.	A une pression faible, issue d'un liquide abondant, mousseux.	Presque pas de liquide à la pression. — Toujours de l'emphysème sous-pleural.

γ. *La masse reste entre deux eaux.* — Si la presque totalité entre dans l'eau, et que les poumons tendent à gagner la surface, c'est une simple présomption de respiration.

Ce troisième temps, qui consiste à couper les poumons en petits fragments et à répéter sur eux l'épreuve de la docimasie, demande a être exécuté avec beaucoup de soin. Suivant M. Clément, on coupe le tissu pulmonaire par petits morceaux du volume d'une noisette, en notant la partie du poumon d'où ils ont été détachés et en les plongeant chacun successivement dans l'eau; mais il est indispensable de les presser assez fortement sous l'eau entre les doigts.

La docimasie pulmonaire hydrostatique d'après la méthode de Gallien prouve manifestement que la respiration a eu lieu, lorsqu'elle donne des résultats positifs; mais dans certaines circonstances, elle peut être insuffisante pour reconnaitre si un enfant a respiré. Ainsi, en 1872, M. Budin a cité deux cas

dans lesquels, chez deux enfants qui avaient vécu l'un trois heures et l'autre plus de trente-huit heures, la docimasie pulmonaire avait donné des résultats absolument négatifs. On observe cette insuffisance toujours chez des enfants nés avant terme et très faibles; et dans ce cas le poumon a conservé l'aspect fœtal : les seuls phénomènes qui permettent de constater que l'air a pénétré dans les poumons sont : 1° le liquide séro-sanguinolent qui s'écoule du tissu pulmonaire quand on le comprime à l'air; 2° les bulles de gaz qui viennent crever à la surface du liquide lorsque la compression a lieu dans l'eau.

Signes tirés de l'état du sang. — Tardieu insiste encore sur la valeur d'un phénomène qui ne se montre que sur le corps vivant, la *coagulation du sang*. Suivant lui, dans les cas où l'enfant est né *vivant*, même en l'absence de la respiration et en état de mort apparente, le sang se *coagule* toujours, tandis que les lésions faites sur un corps privé de vie ne déterminent que des infiltrations de sang *liquide*. C'est là un signe d'une grande importance signalé également par Ollivier d'Angers. Aussi Tardieu conclut-il, malgré l'opinion de Casper, que « toutes les fois que, même sur un enfant qui n'aurait pas respiré et dont les poumons seraient encore à l'état fœtal, on trouve des lésions traumatiques, des blessures au voisinage desquelles *le sang est coagulé*, on doit admettre qu'elles ont été faites du vivant de l'enfant, et que par conséquent celui-ci a vécu hors du sein de sa mère. » Il fait remarquer enfin que la *bosse séro-sanguinolente* que l'on rencontre souvent sur le sommet de la tête des nouveau-nés, n'est nullement un phénomène du même genre, elle n'a aucune valeur et ne peut être considérée comme un signe de vie pendant le travail.

Quant à la question de savoir si l'enfant *a crié*, la réponse se déduira de l'examen même des poumons et des données fournies par la docimasie pulmonaire; lorsque les poumons sont très dilatés et que l'air a pénétré largement dans leur intérieur, on peut affirmer, malgré les dénégations de l'accusée, que l'enfant a crié. Si au contraire ces poumons sont peu développés, si la respiration a été imparfaite, si l'enfant est resté pendant quelque temps dans un état de mort appa-

rente, il se peut que l'enfant n'ait pas crié ou n'ait fait entendre que des cris à peine perceptibles.

Docimasie pulmonaire optique. — Cette nouvelle méthode a été proposée par M. Bouchut. « Lorsqu'on examine, dit-il, avec un microscope du plus faible grossissement, ou simplement avec la loupe dite loupe à botanique, un poumon qui n'a pas respiré, le poumon d'un *enfant mort-né*, on voit un tissu compact, rose pâle et comme anémique, si le fœtus est très jeune (s'il n'a que quatre à cinq mois); un tissu rouge livide, couleur lie de vin ou chocolat, si le fœtus approche du terme de la gestation; et, dans ce dernier cas, il a souvent la densité et la couleur du foie d'un adulte. On ne voit aucune vésicule pulmonaire, mais on distingue très bien les lignes celluleuses qui séparent les lobules. Si le poumon *a respiré*, il est rosé, brillant, comme spongieux et d'un aspect particulier; c'est un amas de vésicules arrondies, très distinctes, ayant chacun leur point lumineux, très serrées les unes contre les autres et de dimensions inégales; à la loupe, elles paraissent avoir 1 à 2 millimètres; au microscope, elles paraissent en avoir 5 à 6. Si le poumon n'a qu'*incomplètement respiré*, on voit très distinctement des lobules dont toutes les vésicules sont dilatées par l'air, et des lobules compacts sans vésicules. Si de l'air a été *insufflé* dans le poumon, on voit très nettement, outre les vésicules normalement dilatées par l'air inspiré, des bulles beaucoup plus fortes et plus ou moins allongées, formées entre les lobules par l'air insufflé. Une fois entré dans les poumons, l'air n'en sort plus, et, même après avoir pressé son tissu entre les doigts et l'avoir comprimé fortement, on retrouve au moyen de la loupe les vésicules aériennes un peu moins volumineuses, mais toujours très reconnaissables. » (Briand et Chaudé.)

Docimasie auriculaire. — Suivant les Drs Wreden, Wend, Gellé, la caisse du tympan subit, sous l'influence de la respiration, des modifications qui permettent de reconnaître si un nouveau-né a vécu ou est mort en naissant. Ces modifications du reste ne sont complètement effectuées qu'au bout de vingt-quatre heures d'une respiration régulière. — Ce nouveau signe consiste dans la *disparition du bouchon* qui,

au moment de la naissance, remplit la caisse du tympan. Suivant Wreden, chez l'enfant qui *a respiré*, ce bouchon a totalement disparu vingt-quatre heures après la naissance, aussi bien chez les enfants nés à terme que chez ceux qui sont venus avant terme; mais il faut que l'enfant ait respiré. Dans les cas où la respiration est faible ou imparfaite, ce bouchon disparaît lentement et imparfaitement.

Wendt conclut de ses recherches : 1° « que, lorsqu'on trouve chez un nouveau-né ou chez un fœtus à terme ou près du terme le bouchon muqueux de la caisse du tympan entier, il n'y a pas eu de respiration énergique, ni intra, ni extra-utérine; — 2° que cette respiration s'est effectuée quand ce bouchon n'existe plus; — 3° que la présence dans la caisse d'air, de liquide amniotique, de mucosités de la parturition, des liquides des latrines, prouve que le fœtus a fait d'énergiques inspirations dans l'un ou l'autre de ces milieux. » (Briand et Chaudé.)

Combien de temps l'enfant a-t-il vécu ? — Une fois l'existence de l'enfant bien démontrée, l'expert doit encore indiquer, autant que cela est possible, combien de temps il a vécu. Au point de vue médico-légal, cette circonstance a une certaine importance, car on sait que, d'après la jurisprudence, le meurtre d'un enfant n'est réputé infanticide qu'autant que la mort a été donnée à un *nouveau-né*. Dans la grande majorité des cas, l'enfant est tué immédiatement après sa naissance; mais quelquefois ce n'est qu'au bout de quelques heures, parfois même de quelques jours.

Les signes qui permettent d'établir la date de la mort sont tirés de l'état de la *peau*, de l'*estomac*, du *tube digestif*, de l'*expulsion* du *méconium*, des changements de l'*appareil ombilical*, de l'*oblitération des ouvertures fœtales*, enfin du *degré d'ossification*.

a. *État de la peau.* — L'exfoliation épidermique commence le deuxième jour de la naissance, quelquefois dès le premier jour (Tardieu), est en pleine activité du troisième au cinquième et se termine généralement du trentième au quarantième jour. Elle se montre d'abord à l'abdomen pour gagner successivement la poitrine, les aines, les aisselles, les épaules, enfin les membres, les pieds et les mains:

elle ne se produit jamais sur le fœtus mort-né; lorsqu'on observera cette desquamation, on pourra donc en conclure que l'enfant n'était pas mort-né et a vécu au moins un jour. Elle consiste dans la formation des petites écailles très minces, de pellicules furfuracées, comme dans certaines fièvres éruptives. On la distinguera du soulèvement épidermique produit par la *putréfaction* ou une maladie à ce fait que, dans ce dernier cas, il y a toujours une certaine quantité de sérosité entre l'épiderme et le derme.

b. *Etat de l'estomac.* — Chez l'enfant *mort-né*, l'estomac contient une matière visqueuse, non aérée, d'une couleur bleu sale ou jaune brun, quelquefois violacée, lie de vin quand elle a subi un commencement de décomposition. Chez l'enfant *né vivant*, mais tué immédiatement après sa naissance, cette matière présente les mêmes caractères. Si l'enfant *a vécu* quelque temps, on trouve la matière plus ou moins aérée, et de la salive, plus tard des mucosités spumeuses, des restes de lait, d'autres substances alimentaires, ou bien de la terre, du fumier, des matières fécales qui indiqueront dans quels milieux l'enfant a séjourné (Tardieu).

c. *Etat du tube digestif.* — Suivant le Dr Breslau (de Zurich), le canal digestif d'un enfant mort-né ne contient *jamais* de gaz, qui ne pénètrent dans l'estomac que par une véritable déglutition, et dont la quantité est d'autant plus grande que la respiration a duré plus longtemps.

d. *Evacuation du méconium.* — Généralement l'enfant expulse son méconium presque immédiatement après la naissance, au plus tard dans les vingt-quatre heures qui suivent; l'absence de ce produit excrémentitiel indique donc que l'enfant a vécu; sa présence est une présomption que l'enfant n'a pas vécu. Ce signe pourtant n'a pas une valeur absolue, car quelquefois la contractilité intestinale suffit seule pour évacuer le méconium.

e. *Appareil ombilical.* — Cet appareil subit à partir du moment de la naissance une série de modifications remarquables. Chez l'enfant qui vit, la portion *extra-abdominale* ou cordon proprement dit, est un peu arrondie, bleuâtre, humide, plus ou moins spongieuse. Au bout de trois, quatre, cinq ou six heures, le cordon commence à se flétrir, et cette flétrissure

est complète à la fin du deuxième jour; — du deuxième au troisième, il brunit et commence à se dessécher; en même temps apparaissent des symptômes inflammatoires au pourtour de l'anneau; — du troisième au quatrième jour, dessiccation complète du cordon, qui est d'un brun roussâtre, aplati et comme vrillé; — du quatrième au sixième jour, il se détache de la paroi abdominale; si le cordon est *maigre*, il se cicatrise avant le dixième jour; s'il est *gras*, la cicatrisation retarde jusqu'au onzième ou douzième jour; — du douzième au trentième ou quarantième jour, la cicatrisation. l'anneau cutané que forme l'orifice ombilical se resserre de plus en plus pour former l'espèce de cul-de-sac qui occupe la place du cordon ombilical (Briand et Chaudé).

Tardieu signale ici une cause d'erreur que doit connaître l'expert : quelquefois le cordon a été arraché violemment ou, par suite de la décomposition, s'est détaché juste au niveau de son insertion abdominale, de telle sorte qu'on pourrait, à première vue, croire à une chute naturelle du cordon et conclure que l'enfant a vécu quelques jours alors qu'il est mort-né ou a été tué aussitôt après sa naissance.

Suivant Billard, chez l'enfant mort-né ou qui meurt peu après sa naissance, le cordon ombilical ne se dessèche pas, mais se pourrit et tombe en putrilage le quatrième jour à dater de la mort de l'enfant. Tardieu déclare que c'est là une *erreur absolue*, et s'appuie sur les recherches de Lorain, qui a démontré que la dessiccation du cordon était un fait purement physique et ne prouvait absolument pas que l'enfant eût vécu; ce qui fait que les cordons ne se dessèchent pas sur les enfants morts, c'est que les cadavres sont froids (Lorain).

L'*époque* à laquelle tombe le cordon n'est pas absolument fixe. Il résulte des statistiques de la Maternité que l'époque la plus ordinaire est le *cinquième jour*, puis, par ordre de fréquence, le quatrième, le sixième et le troisième.

L'état du cordon peut, au point de vue médico-légal, donner des indications précieuses : en général, dans les accouchements clandestins, la femme, en se délivrant elle-même, arrache, déchire le cordon ou le coupe tantôt tout près de l'abdomen, tantôt à une hauteur plus ou moins grande, mais

presque toujours plus loin que ne le fait une personne habituée aux accouchements; quand le cordon est rompu, la déchirure est ordinairement plus près du placenta que de l'ombilic, enfin l'extrémité est tordue et plus ou moins déchiquetée, et l'on ne voit pas les vaisseaux, comme dans les cas où le cordon a été nettement sectionné (Voir pl. 17, fig. 1). Tous ces détails doivent être notés avec soin par l'expert; ils peuvent avoir une certaine importance.

La portion *intra-abdominale* du cordon ombilical subit en même temps des changements qui ont été indiqués par Lorain, et étudiés plus particulièrement par Ch. Robin. Ces modifications consistent dans la rétraction des artères et de la veine ombilicale, ainsi que de l'ouraque, rétraction qui s'opère de haut en bas pour les deux artères et le cordon de l'ouraque, et de bas en haut pour la veine; elle commence de cinq à dix jours, quelquefois vingt jours après la chute du cordon, et se termine en général à la fin de la première année de la vie; la cicatrisation oblitérante de la veine est terminée avant la fin du premier mois, quelquefois au bout de quinze jours à trois semaines, et se produit huit à dix jours environ avant celle des artères (Tardieu).

f. *Oblitération des ouvertures fœtales.* — Le canal veineux, le canal artériel et le trou de Botal s'oblitèrent du deuxième au quinzième jour; mais ce signe n'a qu'une valeur tout à fait secondaire, parce que ces ouvertures peuvent persister plus ou moins longtemps après la naissance; on les a même rencontrées chez des adultes.

g. *Degré d'ossification.* — Le développement rapide du point osseux épiphysaire des fémurs, dont nous avons déjà parlé, permettra de préciser presque exactement l'âge du fœtus après sa naissance. Voici, d'après Ollivier d'Angers, les dimensions qu'il présente depuis le premier jour jusqu'au douzième mois :

A terme.....	de 1 à 2 et de	4 millimètres	sur 5	millimètres.
De 13 à 20 jours....		6 »	5	»
Au delà de 20 jours.		7 »	5	»
» 8 mois...		13 »	5	»
» 9 mois...		15 »	12	»
» 11 mois...		15 »	13	»

Ces dimensions peuvent naturellement varier suivant la forme des os et la constitution du nouveau-né ; mais il est un fait certain, c'est que ce noyau d'ossification va en s'accroissant et que, si son plus grand diamètre dépasse 5 à 6 millimètres, on peut conclure que l'enfant a vécu plusieurs jours. Du reste, dans les questions d'infanticide, il suffit de suivre le développement de ce noyau jusqu'à 7 ou 8 millimètres, puisqu'au bout de quelques jours le meurtre d'un enfant ne constitue plus à proprement parler un infanticide.

En somme, suivant Tardieu, les signes de quelque valeur qui permettent de fixer, à peu près exactement, le temps qu'a vécu le nouveau-né depuis sa naissance peuvent être résumés ainsi :

De quelques minutes à quelques heures. — Réplétion de l'estomac par un liquide spumeux et formation d'un caillot dans les vaisseaux du cordon.

Après six heures. — Oblitération des artères ombilicales.

Après le premier jour. — Commencement du travail d'élimination du cordon.

Après le deuxième jour. — Commencement de l'exfoliation de l'épiderme.

Après le quatrième jour. — Chute du cordon.

Du sixième au dixième jour. — Oblitération des ouvertures fœtales.

Après le dixième jour. — Accroissement des dimensions du point osseux épiphysaire des fémurs au delà de 5 à 6 millimètres de diamètre.

Suivant Schlosberger et Wirchow, la présence de dépôt d'*acide urique* ou d'*urates* dans les tubes urinifères ne s'observe que dans les cas où l'enfant a respiré. Martin et Wéber ne partagent pas cette opinion et pensent le contraire; enfin Hoogeweg et Hodann admettent que ce signe n'a qu'une valeur de probabilité pour la vie de l'enfant. Aussi Casper conclut-il que « la présence ou l'absence de dépôts d'urates dans les tubes urinifères ne peut faire admettre ni rejeter la possibilité de la vie d'un enfant après sa naissance ».

Casper admet encore comme preuve certaine de la vie

extra-utérine le *travail de détachement* du cordon ; la *momification* n'est qu'un simple phénomène de putréfaction cadavérique à l'air, et ne prouve rien en faveur de la vie extra-utérine de l'enfant.

3° **Quelle est la cause de la mort?** — L'expert, après avoir établi que le nouveau-né a succombé à une mort violente, doit déterminer quel a été le genre de mort.

Ces genres de mort sont par ordre de fréquence : la suffocation, l'immersion dans les fosses d'aisances, les fractures du crâne, la strangulation, la submersion, le défaut de soin, les blessures, la combustion, l'hémorrhagie ombilicale, l'exposition au froid, l'inanition, l'empoisonnement (Tardieu). Dans certains cas, la mort est plus compliquée, c'est-à-dire que l'enfant peut être à la fois étouffé et étranglé, ou bien étouffé, présenter des traces de violences multiples, puis jeté dans l'eau ou les fosses d'aisances.

Casper admet encore qu'il est possible de tuer un fœtus à l'aide de violences extérieures exercées sur le ventre de la femme enceinte, mais ces cas sont très rares.

Il admet aussi comme cause de mort possible pendant l'accouchement la constriction spasmodique de l'utérus.

M. Strohl a signalé une nouvelle cause de mort assez rare chez le nouveau-né : c'est la rupture du foie avec hémorrhagie interne, et il en rapporte quatre cas.

Tardieu repousse absolument, comme inutile, l'ancienne division admise par les auteurs en infanticides par *commission*, dans lesquels la mort est le résultat de violences directes ; — et infanticides par *omission*, dans lesquels l'enfant meurt par l'omission des soins qui lui sont nécessaires. L'expert, dit-il, n'a pas à s'occuper de l'intention ; « il a à rechercher quelle est la cause réelle de la mort, si elle résulte de violences, ou si elle peut être attribuée à quelques circonstances accidentelles ou naturelles. »

Mort par suffocation. — C'est le genre de mort de beaucoup le plus fréquent. Sur 555 cas d'infanticides observés par Tardieu, dans une pratique de vingt-cinq ans, la mort par suffocation figure 281 fois, c'est-à-dire qu'elle forme un peu plus de la *moitié* des cas d'infanticides.

Cette suffocation peut s'opérer : 1° par l'occlusion directe

des voies aériennes, par l'application de la main sur la bouche ou les narines, ou l'introduction forcée d'un corps étranger dans l'arrière-gorge ; — 2° par la compression prolongée du ventre ou du thorax ; — 3° par l'emprisonnement du fœtus dans une boite ou une caisse fermée ; — 4° enfin par enfouissement.

Ces divers procédés peuvent ne pas laisser de traces extérieures, par exemple quand l'enfant est étouffé sous des oreillers, un matelas, enfermé dans une caisse, un tiroir de commode, ou enfoui dans une matière peu résistante. Tardieu proteste donc contre l'opinion de certains auteurs qui admettent que la suffocation ne peut être démontrée que lorsqu'il existe sur le cadavre des traces de violences.

Quant aux signes caractéristiques de la suffocation, nous avons vu à l'étude de ce genre de mort (voir p. 393) qu'il faut les rechercher du côté des organes respiratoires. Nous ne les reproduirons pas ici ; nous rappellerons seulement l'importance que Tardieu attache à l'existence des ecchymoses sous-pleurales, importance qu'il a singulièrement exagérée. Nous savons également qu'on trouve de ces ecchymoses sous le péricarde, sur le thymus, sous les téguments du crâne, et dans le tissu cellulaire périostique.

Tardieu fait remarquer que la suffocation par introduction forcée de corps étrangers dans l'arrière-gorge est un procédé presque exclusivement propre à l'infanticide, parce que les lésions déterminées par les violences extérieures ne sont pas apparentes et sont dissimulées dans l'intérieur de la bouche. Aussi l'expert doit-il toujours explorer cette cavité ; quelquefois même, il est obligé d'inciser largement les commissures et d'abaisser le maxillaire inférieur pour découvrir les traces des lésions ou l'objet (tampon de linge ou de papier) qui a déterminé la suffocation. Dans les cas où la suffocation aura été la conséquence de l'enveloppement de la tête de l'enfant dans un linge, l'expert aura à examiner si réellement on pouvait croire à une mort apparente qui excuserait cette manière d'agir. Généralement, il n'y a pas de traces de violences, et l'examen des poumons pourra seul démontrer que l'enfant était bien né vivant et a été étouffé.

Souvent enfin, le médecin légiste doit répondre à cette question : *L'enfant peut-il avoir été étouffé accidentellement par suite de la position qu'il aurait prise au moment de la naissance ?* C'est une excuse fréquemment invoquée par l'accusée, qui prétend avoir perdu connaissance pendant le travail et avoir trouvé en reprenant ses sens l'enfant mort, la face enfoncée dans le matelas ou les linges. Le fait est possible, dit Tardieu ; mais, pour que la mort survint dans ces conditions, il faudrait que l'enfant eût gardé longtemps cette position, ce qui n'est guère probable avec les mouvements que fait instinctivement sa tête ; il faudrait en outre que le cordon eût été rompu, car tant que le fœtus garde des rapports avec le placenta, il ne peut mourir par asphyxie et vit par la circulation maternelle. Or, si la femme a réellement perdu connaissance, il n'est pas probable que le cordon se soit rompu tout seul ; enfin, en admettant la position indiquée par la femme comme exacte, la respiration ne serait pas possible, les poumons n'auraient pas respiré et devraient présenter tous les caractères de l'état fœtal.

Les cas de suffocation par compression des *parois thoraciques* et *abdominales*, le plus souvent, ne laissent aucune trace de violences extérieures et peuvent être le résultat d'un accident involontaire, la mère couchée à côté du nouveau-né pouvant dans le sommeil porter de tout son poids sur le corps de l'enfant. Le diagnostic de l'intention n'est pas toujours facile à établir, mais ce n'est pas là l'affaire du médecin légiste, qui n'aura à se prononcer que sur le fait de la suffocation en elle-même. On peut encore lui demander si l'enfant *n'a pas pu être étouffé au passage*. Ici, il n'y a pas d'erreur possible ; l'examen des poumons permettra de reconnaître si l'enfant a respiré ; de plus, dans ces cas de mort par compression pendant les derniers temps de l'accouchement, elle survient non par suffocation, mais par compression du cordon et arrêt de la circulation (Tardieu).

Dans les cas d'infanticide par *séquestration dans un espace confiné*, les signes tirés de l'état extérieur du cadavre sont nuls, et l'expert doit s'en rapporter uniquement à l'état des poumons, qui, outre les ecchymoses caractéristiques, présentent de nombreux noyaux d'apoplexie.

La suffocation par *enfouissement*, suivant Tardieu, appartient exclusivement à l'infanticide. On retrouvera les signes ordinaires de la suffocation, mais le point capital sera d'établir si l'enfant a été *enfoui mort ou vivant*. Nous avons indiqué précédemment les caractères qui permettront de trancher la question. Tardieu conclut de ses recherches ainsi que de celles de Béringuier, de Matthysen, du Comité de Londres, de Bardinet, etc., « que l'enfouissement a eu lieu *pendant la vie*, si la matière dans laquelle le corps a été enfoui a pénétré jusque dans l'œsophage et dans l'estomac. Dans les cas, au contraire, où l'enfouissement n'a été opéré *qu'après la mort*, bien que le plus ordinairement la poussière s'arrête à l'entrée de la bouche et des narines, on peut en retrouver la trace dans l'arrière-bouche et jusque dans les voies aériennes, mais jamais dans le conduit œsophagien et dans l'estomac. »

Fractures du crâne. — Ce genre de mort vient par ordre de fréquence immédiatement après la suffocation. Sur les 155 cas d'infanticides relevés par Tardieu, la mort par fracture du crâne figure pour 70. Le crâne de l'enfant peut être brisé par précipitation d'un lieu plus ou moins élevé : le plus souvent, il est écrasé avec une pierre ou bien à coups de pieds ou de sabot, surtout dans les campagnes.

Ce genre de lésion est facile à constater en général, mais il faut distinguer ces fractures de celles produites par une autre cause. Les fractures dues à des violences criminelles sont ordinairement très tranchées, d'une étendue considérable, et leur forme varie suivant la manière dont elles ont été produites : s'il y a eu écrasement avec une pierre ou le pied, on trouve « une double fracture se répandant exactement de chaque côté du crâne, avec aplatissement de la tête dans le sens de la pression et enfoncement des os brisés. Les fragments sont très nombreux, on en compte parfois plus de vingt. » (Tardieu.) Généralement, ces fractures s'accompagnent de déformations remarquables de la tête, qui peut être plus ou moins allongée dans un sens ou dans un autre ; mais les fragments sont ordinairement intacts en vertu de leur laxité, quelquefois ils portent les empreintes du corps vulnérant. La masse encéphalique, réduite plus ou

moins en bouillie, peut être répandue au dehors, projetée plus ou moins loin. Tardieu rappelle que l'abondance de l'épanchement et surtout la coagulation du sang indiquent que la fracture a été produite pendant la vie.

On peut demander à l'expert *si la fracture du crâne ne peut pas être le résultat de la chute du nouveau-né sur le sol au moment de la naissance?* — Une première condition à remplir, c'est que l'accouchement ait eu lieu debout, ce qui est possible, mais extrêmement rare, et la femme doit en fournir la preuve ; il faut en outre, en admettant cette condition : 1° que le cordon se soit rompu ; — 2° ou qu'il soit assez long pour dépasser la distance qui sépare le sol des parties sexuelles de la femme ; — 3° ou enfin que l'enfant et le placenta aient été expulsés en même temps. Ces diverses circonstances se rencontrent très rarement : ainsi l'expulsion simultanée du placenta et du corps de l'enfant n'est pas fréquente ; la rupture spontanée du cordon à l'état normal ne peut, suivant Négrier, se produire par le poids du fœtus seul ; c'est aussi l'opinion de Tardieu, quoi qu'en dise Casper qui conteste le fait. En tout cas, la chute du fœtus ne se fait pas aussi brusquement et aussi rapidement qu'on pourrait le croire ; elle est amortie soit par la résistance du cordon, soit par le contact des parties génitales de la mère ; aussi, dans la grande majorité des cas, ne constate-t-on sur le crâne ni fracture ni fissure, mais seulement quelques ecchymoses ; à plus forte raison, la chute ne peut être suivie de mort. C'est là la loi générale, à laquelle on peut rencontrer quelques rares exceptions, que l'expert devra apprécier d'après les circonstances du fait en lui-même, de la position de la femme, de l'état du cadavre et de la nature du sol. En tout cas, les lésions observées ne ressemblent en rien aux fractures du crâne produites par des violences criminelles.

Casper admet « qu'une femme peut accoucher subitement, quelle que soit la position dans laquelle elle se trouve, même la position debout, et que dans ce dernier cas l'enfant peut tomber des parties génitales sur le sol et se faire des blessures plus ou moins graves à la tête. »

La fracture du crâne ne peut-elle pas se produire pendant le

travail ou par le fait de l'accouchement? — Oui, des fractures du crâne peuvent survenir dans ces conditions, soit par suite de *manœuvres obstétricales* faciles à constater, soit *spontanément*. Ces dernières, de beaucoup les plus rares et qui ne ressemblent nullement aux fractures résultant de violences volontaires, ont été bien étudiées par M. Danyau : elles peuvent se présenter dans les cas de rétrécissement médiocre du bassin et sont produites par la saillie de l'angle sacro-vertébral ; la lésion siègera, suivant la position de la tête, sur la partie antérieure du pariétal droit ou gauche, ou dans la partie voisine du frontal correspondant, ou bien enfin à la fois sur le pariétal et le frontal ; quelquefois, mais très rarement, il peut y avoir une fracture indirecte ; dans ces cas, l'examen de la forme du crâne permettra de reconnaître s'il y a eu ou non viciation du bassin. Quant aux fractures produites par le forceps, elles siègent aux points d'application des branches de l'instrument, dont les traces sont facilement reconnaissables lorsqu'on examine la tête quelque temps après la naissance. Il peut se produire aussi des fractures indirectes qui ne sont nullement en rapport avec les traces laissées par les branches du forceps (Danyau). En tout cas, ces fractures supposent toujours un accouchement difficile, quelquefois très laborieux, et peuvent être favorisées par une conformation particulière des os du crâne, telles que la raréfaction du tissu osseux ou le défaut d'ossification des os du crâne (Voir pl. 18, fig. 1 et 3). C'est également l'opinion de Casper. Les lésions dues à la compression de la tête contre les saillies osseuses du bassin, et surtout l'angle sacro-vertébral se présentent souvent sous l'aspect de simples fissures avec enfoncements et irradiations vers les os voisins ; il y a seulement quelques ecchymoses très limitées ; mais elles ont en outre ce caractère, très important au point vue médico-légal, que le plus souvent elles ne provoquent aucun trouble cérébral, ne sont presque jamais mortelles et guérissent spontanément. En tout cas, elles diffèrent essentiellement des fractures faites avec violence. Tardieu fait enfin remarquer que les fractures provoquées par les manœuvres obstétricales s'observent *toujours* sur un enfant qui n'a pas

respiré, tandis que, dans l'infanticide, les épreuves docimasiques et l'examen du cadavre démontrent que les fractures ont été faites, non pendant le travail, par le fait de l'accouchement, mais après la naissance. Il y a là une différence capitale.

Mort par strangulation. — Elle coïncide fréquemment avec la suffocation, et le plus souvent l'enfant est à la fois étouffé et étranglé ; aussi le plus ordinairement trouve-t-on les lésions appartenant à la fois à la suffocation et à la strangulation. Dans le cas où celle-ci est employée seule, elle se fait le plus fréquemment avec un lien, parce que, dit Tardieu, « il est difficile de saisir avec les doigts le larynx du nouveau-né, qui n'est pas plus gros qu'un tuyau de plume. » La nature du lien peut être extrêmement variée ; on a même employé le cordon ombilical lui-même.

Quant aux signes de la strangulation, ils sont ceux que nous avons indiqués précédemment (Voir p. 400). Tardieu fait remarquer : 1° que, dans l'infanticide, les traces de violences extérieures ne sont pas toujours limitées au cou, mais qu'on trouve des ecchymoses jusque sur les joues, les oreilles, les tempes, l'occiput et même la colonne vertébrale ; — 2° que, au point de vue du sillon, les signes indiqués comme propres à la strangulation après la mort (sillon complètement blanc, mou et non ecchymosé), n'ont absolument aucune valeur chez les nouveau-nés.

Quant aux signes internes fournis par l'état des organes respiratoires, ils sont les mêmes que chez l'adulte, mais beaucoup plus prononcés. Suivant Tardieu, la strangulation une fois constatée, l'expert peut avoir à répondre aux deux questions suivantes :

1° *La femme ne peut-elle pas avoir étranglé involontairement son enfant, dans les efforts qu'elle a faits pour se délivrer ?* — C'est un moyen de défense souvent mis en avant par les accusées. Suivant Tardieu, il n'est pas un seul fait prouvant que la strangulation puisse se produire dans ces circonstances : d'abord une femme dont le ventre est développé par une grossesse à terme ne peut atteindre ses parties sexuelles, et aller chercher dans l'intérieur de la vulve et du vagin le cou de l'enfant ; quand la tête de celui-ci est complètement

sortie, il n'est pas nécessaire de lui serrer le cou pour l'extraire complètement ; — la forme des excoriations et leur direction montreront que le fait n'est pas exact (Voir p. 402 : — enfin, même dans ces conditions, l'enfant n'aurait pas eu le temps de respirer complètement, et les poumons ne surnageraient pas ou surnageraient d'une façon incomplète.

2° *La strangulation ne peut-elle pas être le résultat accidentel de l'enroulement du cordon ombilical autour du cou ?* — Certainement il n'est pas rare que l'enfant vienne au monde avec un, deux ou trois tours de cordon autour du cou ; mais généralement il n'y a pas de strangulation, la mort n'arrive que dans la proportion de 4 pour 100, et encore est-elle due à l'arrêt de la circulation et non à l'étranglement (Nœgelé, Meyer, Casper). Tardieu pense que les discussions qui se sont élevées au sujet de l'existence ou de l'absence du sillon autour du cou, par l'enroulement du cordon ombilical, sont absolument oiseuses. « Le fait capital, dit-il, le vrai point, le seul intéressant, en ce qui touche l'infanticide, c'est que, lorsque l'enfant naît étranglé par le cordon, il n'y a jamais respiration complète, ni surnatation des poumons soumis à la docimasie, et que par conséquent, si l'on trouve la respiration complètement établie, on a la preuve que la strangulation ne résulte pas de l'enroulement du cordon avant la naissance. »

Mort par immersion dans les fosses d'aisances. — Dans les grandes villes et surtout à Paris, il n'est pas rare de trouver des cadavres d'enfants qu'on a jetés dans les fosses d'aisances, soit pour les tuer, soit pour se débarrasser de la preuve du crime. Dans ces conditions, le médecin légiste aura à établir : 1° le fait du séjour du nouveau-né dans les fosses ; — 2° s'il y a été jeté mort ou vivant ; — 3° comment il a péri ; — 4° si l'enfant n'a pas pu tomber accidentellement dans les latrines, pendant l'accouchement, comme le prétendent souvent les accusées.

Le séjour un peu prolongé dans les latrines donne au cadavre de l'enfant un aspect véritablement caractéristique : « il exhale, dit Tardieu, une odeur tout à fait particulière non pas franchement fécale, mais âcre et singulièrement pénétrante. La couleur des téguments, si l'immersion n'a

duré que quelques jours, est d'un blanc verdâtre, comme plombée et blafarde ; plus tard, elle prend une teinte plus foncée, brune ou tirant sur un vert grisâtre. Elle est dans tous les cas très uniforme et répandue également sur les diverses parties du corps. La putréfaction ne s'empare que lentement du cadavre plongé dans les fosses d'aisances ; elle ne s'accompagne pas d'un dégagement abondant de gaz putrides; aussi le volume du corps n'est pas notablement changé. Les parties molles subissent à la longue une dégénérescence savonneuse et une dissociation graduelle. Les os deviennent d'un brun presque noir. »

L'expert devra toujours noter avec détail la disposition des latrines, des tuyaux de conduite et de la fosse elle-même. Lorsque l'enfant a traversé des tuyaux plus ou moins longs et étroits, son corps offre des traces de frottements, des déchirures, des excoriations à la face, sur les coudes, les genoux et les épaules ; la tête présente des déformations caractéristiques : elle est aplatie ou écrasée et souvent le siège de fractures des os du crâne ; dans certains cas enfin, l'enfant est mutilé et on le retrouve en morceaux ; on trouve en outre des débris de matières fécales sous les ongles, dans les plis de la peau, dans les orifices naturels, les narines et la bouche. On examinera aussi avec soin l'état du cordon ombilical, en notant s'il est intact, rompu ou coupé.

L'enfant a-t-il été jeté vivant dans la fosse d'aisances ? — La réponse est généralement facile : l'examen des lésions que porte le cadavre permettra, d'après les signes indiqués au chapitre des blessures, de déterminer si ces dernières ont été faites sur un enfant encore vivant ou déjà mort; on se basera surtout sur la présence du sang coagulé autour des excoriations et des plaies, et sur les ecchymoses. Enfin, signe plus important, si l'enfant a été jeté vivant, on trouvera des matières fécales dans la bouche, dans l'arrière-gorge et jusque dans l'estomac, ce que l'on n'observe pas quand l'enfant était déjà mort. Tardieu signale ce fait curieux que l'enfant peut être retiré encore vivant après un séjour de plusieurs heures dans la fosse d'aisances; il en a vu un retiré vivant au bout de onze

heures. Mais généralement, dans ces cas, l'enfant meurt soit presque aussitôt, soit au bout de quelques heures. Bayard a cité le cas d'un nouveau-né qui avait survécu quatre jours à son extraction d'un tuyau de conduite de fosses d'aisances.

L'enfant a-t-il pu tomber par accident dans les latrines au moment de l'expulsion? — C'est une excuse souvent invoquée par les femmes accusées d'infanticide : le fait en lui-même, dit Tardieu, n'est pas matériellement impossible; mais, lorsqu'on examine le cas particulier et qu'on analyse les détails donnés par la femme, on acquiert vite la conviction que ses déclarations sont absolument fausses, et nous avons vu précédemment les difficultés qui empêchent cet accident de se produire (Voir page 658). Aussi, dans ces cas, l'expert devra-t-il examiner très minutieusement les indications fournies par l'accusée, sur la position exacte qu'elle avait à ce moment, voir si les latrines étaient disposées de manière à laisser passer le corps du nouveau-né, etc., etc. Tardieu fait remarquer que, par une coïncidence assez singulière, les orifices des latrines, à Paris du moins, ont un diamètre de 10 à 12 centimètres; on sait que la tête de l'enfant a le diamètre occipito-frontal de 11 centimètres; elle ne peut donc pas s'engager d'elle-même dans l'ouverture, et à plus forte raison ne peuvent passer les épaules et le reste du corps; le fœtus ne peut donc par son propre poids traverser l'orifice des latrines, et, lorsqu'on le retrouve dans les tuyaux de conduite ou dans la fosse, il a dû y être poussé de force, et l'on en constatera les traces sur le cadavre de l'enfant (ecchymoses, excoriations, fractures du crâne surtout). L'expert devra aussi examiner avec soin l'état du cordon ombilical, et voir s'il a été *coupé* ou s'il est rompu : s'il y a une section nette faite avec un instrument tranchant, l'accusée ne peut dire qu'elle a été surprise par une brusque délivrance ; dans le cas de rupture, on sait qu'il est difficile d'admettre que le poids seul du corps de l'enfant ait pu rompre le cordon ombilical, dans le cas où la femme prétend être accouchée debout, à plus forte raison lorsqu'elle dit qu'elle était accroupie sur les latrines. Il y aura enfin à rechercher les circonstances

qui permettraient d'établir que l'accouchement a eu lieu, non pas dans les cabinets d'aisances, comme le prétend la femme, mais dans un autre endroit : telles sont par exemple les traces laissées par le corps de l'enfant sur les draps, les matelas ou les vêtements de la mère.

Mort par submersion. — C'est un genre de mort assez rare au point de vue de l'infanticide ; c'est au contraire un moyen fréquemment employé pour faire disparaitre l'enfant qu'on vient de tuer. Le médecin légiste aura à déterminer si l'enfant a été jeté dans l'eau mort ou vivant, en se basant sur l'examen extérieur du cadavre et sur les signes de la submersion, signes qui ne diffèrent pas de ceux que nous avons étudiés chez l'adulte (Voir p. 433). Il peut arriver que la femme prétende être accouchée dans le bain, où l'enfant se serait noyé. Suivant Tardieu, l'expert peut conclure que cette allégation est fausse : 1° si le corps de l'enfant présente encore un état sanguinolent et des souillures que l'eau n'aurait pas manqué de faire disparaitre ; — 2° si les poumons ont respiré ; la respiration démontrée par la docimasie prouve que l'enfant n'est pas né dans le bain ; — 3° même en supposant que l'accouchement ait eu lieu dans un bain, l'enfant peut continuer à vivre pendant un certain temps de la vie fœtale par la circulation utéro-placentaire, et ne meurt pas noyé.

Mort par plaies et mutilations. — Il n'est pas extrêmement rare de trouver des cadavres de nouveau-nés mutilés, coupés en morceaux ; le plus souvent, ces mutilations ont lieu après la mort. Suivant Tardieu, l'examen des fragments, la manière dont la section a été faite peut indiquer jusqu'à un certain point l'auteur du crime. L'enfant peut être coupé par quartiers, ou bien les membres sont désarticulés plus ou moins maladroitement ; quelquefois on a fait bouillir le corps avec un ensemble de circonstances qui appellent l'attention du médecin légiste sur l'état mental de l'accusée. — Dans d'autres cas, la mort résulte de blessures faites à l'aide d'instruments piquants ou tranchants, dont il faut déterminer la nature ; les plus employés sont des ciseaux, des poinçons, des aiguilles, des couteaux, des rasoirs. Les poinçons et les aiguilles servent le plus souvent à faire des

piqûres au niveau des fontanelles, dans la région du cœur ou de la moelle épinière. Les blessures faites avec des ciseaux ont une forme caractéristique en V ou en M; quelquefois au lieu de sectionner à l'extérieur, la femme a introduit les ciseaux dans le fond de la gorge, et détermine des lésions mortelles qui peuvent passer inaperçues, si l'expert n'a pas l'idée d'examiner avec soin la cavité buccale, l'arrière-gorge du nouveau-né et l'estomac, qui dans ce cas contient une certaine quantité de sang.

Les blessures ont-elles été faites pendant la vie ou après la mort? — Nous avons vu précédemment les caractères différentiels des lésions faites dans ces deux circonstances. Tardieu insiste encore sur l'importance de la présence du *sang coagulé* dans les plaies du cadavre; il rappelle ensuite que le plus souvent, dans les cas de blessures profondes les nouveau-nés meurent d'hémorrhagies qu'il est facile de reconnaître. L'expert devra aussi examiner avec beaucoup de soin, les circonstances du fait, le lieu où le crime a été commis, la disposition des taches de sang, et les indices indiquant que le cadavre de l'enfant a été déplacé.

Les blessures ne résultent-elles pas d'opérations obstétricales? ont-elles précédé la naissance? — La première question ne présente aucune difficulté, puisque, dans le cas où l'on est obligé de mutiler l'enfant pour sauver la mère, le fait seul de l'intervention de l'accoucheur est une garantie contre tout soupçon d'infanticide. Quant aux blessures produites par les applications du forceps ou du céphalotribe, nous avons vu précédemment qu'elles présentaient des caractères tellement spéciaux que la confusion est impossible.

Les cas d'*amputations spontanées*, de mutilations opérées durant la vie utérine sont tout à fait exceptionnels, et en tout cas portent exclusivement sur les *extrémités*; il y a là plutôt un arrêt de développement, qu'on ne peut confondre avec des plaies ou des mutilations résultant de violences criminelles.

Mort par combustion. — Ce genre de mort n'est pas rare pour se débarrasser à la fois de l'enfant et de la preuve du crime. Le plus souvent, l'enfant est brûlé mort: mais il n'est pas impossible qu'il ait été brûlé vif, et l'expert

doit en rechercher la preuve; dans les cas de ce genre, suivant Tardieu, le médecin légiste doit surtout recueillir avec soin tous les indices qui lui permettront de déterminer si l'enfant est né à terme, s'il a vécu, s'il a été jeté au feu vivant ou mort et enfin comment il a péri. Ces divers points présentent souvent de grandes difficultés. Quelquefois en effet le corps est à moitié carbonisé, d'autres fois il a été exposé à une chaleur intense et prolongée, et a subi une véritable momification, enfin le plus ordinairement on ne retrouve que les cendres du cadavre ou quelques débris plus ou moins informes, mélangés à des combustibles; il faudra trier et tamiser les cendres où l'on retrouvera presque toujours des fragments d'os plus ou moins calcinés; puis déterminer la nature exacte de ces fragments osseux, qui peuvent être des débris d'animaux comestibles (porcs, volailles, lapins, etc.). Tardieu conseille, dans ces cas souvent fort embarrassants, de comparer ces débris à des os d'un fœtus humain d'un âge connu; il rappelle encore cette circonstance importante que les os du fœtus présentent toujours une ossification incomplète, tandis que les os des animaux qu'on mange journellement sont complètement formés, ossifiés.

Enfin, dans les cas où l'on ne trouve absolument que des cendres, d'après Orfila, on peut, à l'aide de l'analyse chimique, distinguer les cendres humaines des cendres de bois : les premières, calcinées avec de la potasse, donnent du cyanure de potassium; traitées par les 2/5 de leur poids d'acide sulfurique pur et concentré, elles dégagent du gaz sulfhyrique; les cendres végétales ne déterminent aucune de ces réactions (Tardieu). Suivant M. T. Roussin, ce procédé est insuffisant pour les différencier des cendres de houille et de coke. Un caractère plus important et tout à fait caractéristique, c'est la quantité relativement considérable de fer contenue dans les cendres animales; les cendres végétales n'en renferment que des traces.

Mort par hémorrhagie ombilicale. — C'est une des causes de mort les moins fréquentes (Tardieu) : un premier fait bien démontré, c'est que l'absence de ligature du cordon n'entraine pas nécessairement l'hémorrhagie et par suite la

mort ; quand le cordon a été rompu, déchiré, la rétraction et l'occlusion que subissent les vaisseaux tiraillés suffisent pour arrêter naturellement l'écoulement du sang ; lorsque le cordon a été coupé, il peut se produire une hémorrhagie, mais souvent aussi elle s'arrête bientôt spontanément (Lorain). Cette hémorrhagie, qui, pour tuer un enfant, n'a pas besoin d'être très abondante, se produit lentement et n'amène la mort qu'au bout de quelques heures. Suivant Tardieu, on n'observe pas, dans ces cas, les signes caractéristiques des hémorrhagies foudroyantes chez les adultes (pâleur de cire, état exsangue, vacuité absolue du cœur et des vaisseaux) ; il signale, comme caractère essentiel de cette variété d'hémorrhagie, la décoloration et l'absence du sang dans le foie, ordinairement si congestionné et si rouge.

Au point de vue de l'infanticide, d'après Fodéré, le point capital dans les cas de ce genre est de déterminer si l'hémorrhagie est réellement la cause de la mort de l'enfant. aussi l'expert ne devra-t-il, pour ainsi dire, conclure pour l'hémorrhagie intestinale que par l'exclusion des autres causes de mort.

Casper admet que la mort par hémorrhagie ombilicale est possible ; mais elle est très rare, car il n'en a pas vu un seul cas.

Mort par défaut de soins, exposition au froid ou inanition. — La mort par défaut de soin ne présente aucun caractère spécial ; quant à l'exposition au froid, voici, suivant L. Laborde quels en sont les signes : « Le cadavre de l'enfant est en général d'un blanc mat. Au toucher, il présente dans les régions atteintes par la maladie une induration qui permet à peine de pincer le derme. Une coupe pratiquée sur les parties malades laisse écouler une assez grande quantité de sérosité infiltrée dans les mailles du tissu cellulaire. Ce dernier parait hypertrophié et composé de couches superposées et divisées transversalement. Le derme n'est pas épaissi : en le coupant avec le scalpel, il présente une dureté assez considérable ; on éprouve la même sensation qu'en coupant un tissu fibreux dense. Les capillaires cutanés paraissent complètement exsangues. Les poumons sont presque toujours engoués, quelquefois hé-

patisés. Ils sont gorgés d'un sang noir et fluide. Le cœur droit renferme de gros caillots. Les grosses veines sont remplies de sang noir, surtout les tissus du crâne. Le cerveau offre un piqueté très abondant, le péritoine est injecté; le foie n'est pas augmenté de volume, mais il est rouge, hypérémié ainsi que la rate : ils laissent échapper beaucoup de sang lorsqu'on les incise. Les reins sont rouges ; la vessie, quelquefois pleine, m'a permis de recueillir l'urine, et je n'ai constaté dans aucun cas la présence de l'albumine. »

M. Letourneau a constaté en outre que les poumons des enfants morts de sclérème consécutif à l'action du froid étaient notablement moins lourds que ceux des nouveau-nés ayant succombé à d'autres genres de mort.

L'abandon de l'enfant et son exposition au froid se compliquent souvent de manque de nourriture et de *mort par inanition*. La mort par le manque de nourriture arrive lentement au bout de huit à neuf jours. Aussi, d'après Tardieu, ne devrait-on pas la classer parmi les infanticides. Suivant Bauchand, la mort par inanition chez le nouveau-né, en dehors d'une émaciation extrême, peut être reconnue aux signes suivants : « maigreur considérable (diminution de trois dixièmes), sans qu'il y ait nécessairement disparition complète du tissu graisseux ; déformation du thorax et des poumons, très aérés, blanc rosé ; chevauchement très étendu (3 à 4 miltimètres) des os de la voûte du crâne et congestion intense des méninges et du cerveau ; tube digestif atrophié, transparent, vide et revenu sur lui-même, seulement si la diète a été absolue. » Casper insiste sur l'amincissement des parois intestinales. Tardieu cite un cas dans lequel cet amincissement, suivant son expression, « dépassait toute imagination et les réduisait en réalité à une toile d'araignée. »

Mort par empoisonnement. — Les cas d'infanticides par le poison sont extrêmement rares ; le plus ordinairement les enfants sont plutôt empoisonnés par accident ; on leur a fait prendre, pour calmer leurs cris ou des coliques, une infusion de pavots, ou de l'opium, du laudanum, du sirop thébaïque. Il existe pourtant des cas d'empoisonnement cri-

minel par l'opium, le vert-de-gris ou l'acide nitrique (Sigenberg, Tardieu).

4° **A quelle époque remonte la mort de l'enfant?** — Il est important pour l'expert de préciser cette date de la mort pour la rattacher à celle de l'accouchement de la femme accusée du crime d'infanticide. Cette question présente des difficultés sérieuses, parce que souvent le cadavre de l'enfant n'est retrouvé qu'après un temps plus ou moins long, des semaines, des mois, quelquefois même des années après cette époque les principaux signes de l'accouchement ont disparu; on ne peut le plus souvent se baser que sur les diverses phases de la putréfaction qui n'évolue pas absolument de la même façon chez l'enfant nouveau-né que chez l'adulte. Généralement, la décomposition putride est plus rapide sur le cadavre du premier que du second; elle est plus prompte à l'air libre ou dans le fumier que dans la terre ou les fosses d'aisances; dans celles-ci en particulier, les cadavres des nouveau-nés présentent une résistance surprenante. Tardieu a vu des corps d'enfants retirés au bout de trois ou quatre mois qui avaient pris un aspect crétacé.

5° **Examen de la femme. — Conditions physiques et morales dans lesquelles se trouve la femme accusée d'infanticide.** — L'examen de la femme tient une place considérable dans les affaires d'infanticide, et les questions qui peuvent être soumises à l'appréciation de l'expert, quoique très nombreuses, peuvent, suivant Tardieu, se ramener à trois groupes distincts : 1° établir d'abord l'identité de la femme, le fait même de l'accouchement et la date de cet accouchement; — 2° examiner les circonstances de la grossesse et du travail de l'accouchement qui peuvent démontrer ou la réalité ou la fausseté de l'accusation; — 3° déterminer l'influence que les conditions physiques ont pu avoir sur le moral de la femme et conséquemment sur ses actes.

Constatation du fait et de la date de l'accouchement. — L'expert aura à démontrer que la femme accusée a réellement accouchée, et que son accouchement coïncide avec l'époque de la naissance de l'enfant dont on a trouvé le

davre. La première question présente peu de difficulté, quand l'examen de la femme peut être fait peu de temps après l'accouchement; il n'en est pas de même quand l'enfanticide n'a été découvert qu'au bout de quelques semaines ou de quelques mois. Nous avons vu précédemment à quels signes on reconnaitra un accouchement récent ou ancien, nous n'y reviendrons pas (voir page 650), nous rappellerons seulement, avec Tardieu, que le diagnostic devra s'établir non sur l'existence de tel ou tel signe, mais sur l'ensemble des caractères observés.

6° Circonstances relatives à la grossesse et à l'accouchement. — Le plus ordinairement, la grossesse a été dissimulée et l'accouchement s'est fait clandestinement; le premier fait est déjà une présomption très grave contre la femme accusée d'infanticide. Aussi n'est-il pas rare de voir l'inculpée prétendre qu'elle ignorait sa grossesse et qu'elle est accouchée sans le savoir.

Sur le premier point, Tardieu conseille à l'expert beaucoup de prudence; il l'engage à se défier des faits exceptionnels, des possibilités anormales, et d'étudier attentivement chaque cas particulier en lui-même, sans s'inquiéter beaucoup des généralités. Si la femme a déjà eu des enfants, à moins d'état pathologique bien démontré, il est difficile d'admettre qu'elle a pu ignorer sa grossesse et surtout les signes avant-coureurs de l'accouchement. L'expert aura à rechercher l'existence de la maladie alléguée. Si la femme est primipare, les conclusions peuvent au premier abord être moins absolues, car on peut se trouver en présence d'un cas exceptionnel. Il y aura donc lieu d'examiner avec le plus grand soin toutes les circonstances de la grossesse avant de se prononcer. Tardieu fait remarquer d'ailleurs que ces faits tout à fait rares ne s'observent pas, comme on pourrait le croire, chez des jeunes filles primipares, mais chez des femmes relativement âgées et qui ne croyaient plus à la possibilité d'une grossesse.

Quant à la question de savoir si une femme *peut accoucher sans le savoir*, nous avons vu précédemment (page 658) qu'en dehors des faits d'anesthésie chloroformique ou d'un état pathologique (coma apoplectique, ivresse profonde,

narcotique, éclampsie, etc.), atteignant les facultés physiques ou intellectuelles, il est difficile d'admettre que la femme n'a pas eu conscience de son accouchement. Mais, ici encore, Tardieu pense qu'il n'est pas permis de se prononcer d'une manière générale, mais qu'il faut examiner le fait en lui-même. Ainsi Paul Dubois a rapporté, d'après Montgomery et Douglas, deux cas d'*accouchements survenus pendant le sommeil* et sans que les mères s'en fussent aperçues ; Devergie met en doute la possibilité du fait. Tardieu se rallie à l'opinion de Paul Dubois et admet que sans doute la chose n'est pas impossible, mais il ajoute : « je conseille au médecin qui serait interpellé en cour d'assises sur de pareils faits de se contenter de faire appel aux souvenirs personnels des jurés, parmi lesquels il rencontrera certainement plus d'un père de famille, et de leur demander si, ayant assisté à un accouchement, ils croient sincèrement possible qu'un pareil travail s'accomplisse sans troubler le plus profond sommeil, et s'ils sont disposés à accepter les faits exceptionnels et peut-être même apocryphes que l'on invoque à l'appui des allégations de l'accusée. »

Examen de l'état physique et mental de la femme après l'accouchement. — L'expert peut être consulté sur la question de savoir si l'état physique ou l'état intellectuel et moral de la femme ne peuvent pas être invoqués pour justifier les actes de l'accusée.

D'abord l'accouchement peut-il mettre la femme hors d'état de *donner à son enfant les soins nécessaires à l'entretien de la vie pour l'empêcher de mourir* ? Les femmes en effet prétendent souvent qu'elles se sont trouvées mal, qu'elles ont perdu connaissance, et qu'en revenant à elles l'enfant était mort. Le fait est fort possible, et une hémorrhagie très abondante peut produire une syncope passagère ; mais il faut d'abord qu'elle prouve la réalité de l'accident, il ne suffit pas de l'alléguer. Une autre prétendra avoir eu des attaques de nerfs qui l'ont empêchée de s'occuper de son enfant, ou bien dira que, dans ses mouvements, elle s'est couchée sur son enfant et l'a étouffé, ou encore qu'elle n'a pu enlever les mucosités qui obstruaient l'arrière-gorge de l'enfant, etc. Toutes ces allégations sont le plus souvent pu-

rement gratuites et « tombent devant le fait capital que l'enfant né dans ces conditions, et mort par suite de l'abandon dans lequel il aurait été laissé, n'aurait jamais complètement respiré. »

Les violences commises sur l'enfant peuvent-elles s'expliquer par une perversion momentanée des facultés mentales, par un délire puerpéral ? — C'est un moyen de défense presque banal, employé journellement par les avocats pour expliquer des violences ou l'infanticide commis et avoué par la femme : on prétend qu'elle était sous l'influence d'un trouble intellectuel, d'une sorte de délire résultant de l'état puerpéral, que par suite elle n'a pas eu conscience de ses actes, et qu'elle doit être considérée comme irresponsable. Nous avons vu précédemment (page 171) dans quelles limites, dans quelles conditions on peut admettre cette irresponsabilité de la femme en couches, et la *folie dite puerpérale.* Le médecin légiste, dans des questions de ce genre, doit se tenir sur la plus grande réserve et ne se prononcer que d'après l'examen du fait en lui-même et des circonstances particulières de l'accouchement. Tardieu pense qu'il ne faut accepter que sous bénéfice d'inventaire les dires de la femme et le tableau plus ou moins imagé du délire de cette folie transitoire, retracé complaisamment par les avocats de la défense. Il peut arriver sans doute que la femme, sous l'influence d'une impulsion morbide irrésistible, tue son enfant, et les aliénistes en citent des exemples; mais, dans les cas de ce genre, dit Marcé, « le médecin légiste devra procéder à l'examen de l'état mental du sujet sans tenir aucun compte de l'accouchement récent ; il devra chercher si, dans les antécédents de l'accusée, dans les circonstances qui ont accompagné le crime, il se trouve des traces manifestes d'une impulsion irrésistible ou d'une idée délirante, qui a pu modifier sa liberté morale et lui enlever la liberté de ses actes. »

Il est encore un autre ordre de faits qui, dans les questions d'infanticide, peut donner au point de vue du diagnostic, des renseignements précieux sur les circonstances qui ont accompagné le crime commis sur le nouveau-né: nous voulons parler des taches (méconium, enduit sébacé,

sang, épiderme fœtal) et des autres traces produites par le contact du corps de l'enfant nouveau-né. Ce sujet, très important, est traité longuement dans la seconde partie de cet ouvrage par notre collaborateur M. Hétet, et nous ne pouvons mieux faire que renvoyer nos lecteurs à ce chapitre spécial.

DEUXIÈME PARTIE.

JURISPRUDENCE MÉDICALE.

CHAPITRE PREMIER.

DES MÉDECINS DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA JUSTICE.

Au point de vue du droit criminel, les médecins peuvent être appelés devant les tribunaux : 1° pour éclairer la justice sur des questions de leur compétence; — 2° pour répondre de leurs actes, c'est-à-dire des crimes ou délits commis dans l'exercice de leur profession. (Legrand du Saulle.)

A. — MÉDECINS APPELÉS DEVANT LES TRIBUNAUX POUR ÉCLAIRER LA JUSTICE.

La première question qui se pose tout naturellement est celle-ci : *Quelles autorités ont le droit de requérir l'homme de l'art?* Tous les fonctionnaires qui, d'après le Code d'instruction criminelle, sont chargés de faire des actes de police judiciaire ou de la poursuite des crimes et des délits, peuvent requérir l'homme de l'art. Ces fonctionnaires sont : les procureurs de la République, les préfets, les juges d'instruction, en leur absence, les officiers de gendarmerie, les commissaires de police, les juges de paix, les maires ou leurs adjoints, enfin dans les débats publics, le

président qui peut requérir d'office le médecin chargé d'un rapport sur telle ou telle affaire (Briand et Chaudé). Dans ce cas le médecin n'a pas à discuter la compétence de l'autorité qui le requiert et n'a qu'à obéir. Ici se pose la seconde question : *L'homme de l'art est-il toujours tenu d'obtempérer à la réquisition qui lui est faite?* S'il est appelé à déposer comme *simple témoin*, il ne peut, pas plus que tout autre citoyen, se dispenser de comparaître et, en cas de refus, il est passible des peines prescrites par les articles 80, 304 et 305 du Code d'instruction criminelle. Dans le cas où il est appelé à donner son avis, à éclairer la justice, les auteurs ne sont pas d'accord : suivant Briand et Chaudé, s'il n'y a pas urgence, lorsqu'il n'y a pas flagrant délit, le médecin peut, s'il a des motifs réels, légitimes, refuser la mission qu'on veut lui confier; dans ce cas on pourvoit à son remplacement et il n'est passible d'aucune peine ; mais s'il y a urgence, flagrant délit, suivant l'expression judiciaire, il est tenu d'obtempérer à la réquisition qui lui est faite en vertu de l'article 475 du Code pénal, qui punit « d'une amende de six à dix francs ceux qui, *le pouvant*, auront refusé ou négligé de faire les travaux, le service ou de prêter le secours dont ils auront été requis, dans les circonstances d'accidents, de tumultes, naufrages , inondation , incendie ou *autres calamités*, ainsi que dans les cas de brigandages, pillage, *flagrant délit*, clameur publique ou d'exécution judiciaire. » Devergie admet que, dans les cas de flagrant délit, le médecin ne peut refuser son concours et doit obéir à la réquisition. Legrand du Saulle, au contraire, pose en principe qu'aucun texte de loi n'oblige le médecin; celui-ci, dit-il, « est indépendant; il reste libre dans l'exercice de son art, mais c'est cet art lui-même et non la loi qui lui commande de procéder aux investigations légales dont il est chargé. Le médecin qui, sans motif légitime, refuse d'éclairer la justice, ne peut sans doute être passible d'aucune peine, mais il commet un manquement à la morale et un oubli de la noblesse et de la dignité de sa profession. » La jurisprudence elle-même ne paraît pas être très fixée sur cette question : ainsi, tandis que la Cour suprême de cassation de Belgique se prononce dans le sens admis par Legrand du Saulle, et, le 4 juillet 1840, casse un

arrêt qui condamnait un médecin en vertu de l'article 475, la Cour de cassation de Paris, le 18 décembre 1875, admet une opinion contraire et considère le refus de la part du médecin d'obtempérer à la réquisition de l'officier judiciaire, comme un délit punissable en vertu de l'article 475. « C'est donc pour le médecin, conclut M. Chaudé, non seulement un devoir de conscience de répondre aux réquisitions qui lui sont faites par l'autorité judiciaire et d'apporter à la justice le secours de ses lumières, mais c'est aussi, pour lui, aux termes de la jurisprudence, un devoir légal sanctionné par la loi pénale. »

La loi fait-elle dans ce cas une distinction entre les docteurs et les officiers de santé et entre les pharmaciens de première et de deuxième classe? *Quid* des médecins étrangers? — L'opinion actuellement admise par la jurisprudence est que les mots « *officier de santé* ou *docteur en médecine* » employés indifféremment dans les réquisitoires signifie un médecin légalement reçu, et que les magistrats peuvent choisir l'un ou l'autre en donnant, toutes les fois que la chose est possible, la préférence à un docteur en médecine. Quant aux *médecins étrangers*, ils peuvent être experts interprètes ou être chargés d'un rapport, d'une expertise, pourvu qu'ils soient reçus médecins par une des facultés françaises. De même, une *sage-femme* peut être désignée et requise pour une expertise judiciaire par les magistrats. — En ce qui concerne les *pharmaciens*, « nul doute, disent Briand et Chaudé, que les tribunaux ne puissent choisir à leur gré un pharmacien de première ou de deuxième classe. » Mais généralement on choisit l'homme de l'art qui offre le plus de garanties de capacité, c'est-à-dire les docteurs en médecine et les pharmaciens de première classe, et encore, pour les questions de médecine légale qui exigent des connaissances spéciales et extrêmement variées, l'autorité ne confie pas à un même expert toute espèce d'expertise; ainsi elle choisira un chirurgien s'il s'agit de coups ou de blessures; — un accoucheur en cas d'accouchement, de viol ou d'infanticide; — un médecin aliéniste, pour les affaires de folie; — un pharmacien ou un *chimiste* qui s'adjoindra au médecin, s'il s'agit d'un empoisonnement.

Expertises médico-légales. — Elles comprennent : 1° les formalités préalables à remplir par l'expert qui vient d'être nommé; 2° la manière de procéder à l'expertise.

1° Formalités préalables. — Serment. — L'autorité judiciaire qui requiert un homme de l'art le fait soit par un simple *avertissement*, soit par une *simple lettre* qui l'invite à se rendre auprès du magistrat chargé de l'affaire. A son arrivée, on remet au médecin « une ordonnance par laquelle il est commis à l'effet de remplir *telle* mission, de procéder à *telles* ou *telles recherches*. » (Briand et Chaudé.) Après lui avoir fait prêter serment dans les termes de l'article 44 du Code d'instruction criminelle [1], on lui donne connaissance des renseignements qu'on a déjà pu réunir, et on le requiert de se livrer à l'examen du fait en lui-même et des circonstances qui s'y rattachent. Le serment est absolument indispensable et doit être prêté avant toute expertise, dans le cours de l'instruction ou des débats, entre les mains du juge d'instruction ou devant le tribunal. La loi y attache une telle importance que l'oubli par l'expert de prêter serment est considéré par la Cour de cassation comme un cas de nullité. Il y a ici une distinction importante à faire entre le témoin et l'expert, le premier « jure de parler sans haine et sans crainte, de dire toute la vérité » ; le second « jure de donner son avis en honneur et conscience ». Si donc un médecin appelé d'abord comme témoin, est ensuite chargé

1. FORMULE DE LA PRESTATION DE SERMENT.

Tribunal de l'arrondissement de..., département de...

L'an mil huit cent quatre-vingt..., le..., par-devant nous, juge d'instruction près le tribunal de l'arrondissement de..., étant en notre cabinet, près ledit tribunal, et assisté de..., greffier assermenté, est comparu, sur notre invitation par écrit, M.... (nom, prénoms et qualités de l'expert désigné)..., demeurant à..., rue..., n°..., lequel, lecture prise de notre ordonnance en date du..., qui le commet à l'effet de procéder..., a déclaré accepter la mission que nous lui avons confiée et a à l'instant prêté entre nos mains, aux termes de l'article 44 du Code d'instruction criminelle, le serment de faire son rapport et de donner son avis en son honneur et conscience. Lecture faite, le comparant a persisté et a signé avec nous et le greffier.

(*Suivent les signatures.*)

d'une expertise, il doit, outre son serment de témoin, prêter sous peine de nullité un nouveau serment, le serment des experts. Briand et Chaudé ajoutent que des experts, cités comme témoins à l'audience, « peuvent sans prêter le serment de l'article 44 fournir toutes sortes d'explications nouvelles, à la seule condition que ces explications se rattacheront essentiellement à l'expertise accomplie et qu'on ne leur confiera pas une nouvelle mission. » (Cass. 13 mai 1856.) Quand un homme de l'art chargé par la Cour d'une expertise a prêté le serment des experts avant de commencer ses recherches, il n'est pas obligé de prêter un nouveau serment lorsqu'il se présente devant la Cour pour rendre compte de sa mission (Cass. 7 avril 1837). Ajoutons enfin que la formule du serment n'est pas *sacramentelle*, c'est-à-dire que le médecin n'est pas tenu de prêter serment suivant les termes mêmes de la loi, le principal est qu'il y ait prestation de serment, peu importe en quels termes. (Legrand du Saulle.)

Briand et Chaudé font remarquer encore que, lorsque l'expert procède devant la cour d'assises, en vertu d'un *arrêt* qui spécifie sa mission, il doit prêter serment; si au contraire il est appelé à donner son opinion ou des renseignements en vertu du pouvoir discrétionnaire du président, il n'est pas tenu de prêter serment. Il y a donc une différence entre l'expert nommé par arrêt et celui qui est nommé en vertu du pouvoir discrétionnaire.

Quand deux experts sont nommés et qu'il y a dissidence entre eux, on en nomme un troisième chargé de prononcer entre les deux. Enfin quand les opérations des experts sont incomplètes, insuffisantes ou défectueuses, on ordonne généralement un supplément d'expertise ou une expertise nouvelle.

Lorsque les médecins sont appelés dans une affaire civile, par exemple pour une question de dommages-intérêts à la suite d'accidents, ils doivent avant tout examen préalable prêter serment et ce serment est obligatoire.

2° Manière de procéder à l'expertise. — Règles à suivre. — Après avoir prêté serment, l'homme de l'art procède à l'expertise. « C'est ici, dit Legrand du Saulle, qu'il

doit faire appel à toutes ses connaissances et à sa probité. Il est indispensable qu'il ne se préoccupe en aucune façon de l'opinion publique trop prompte ordinairement à condamner. Le médecin ne doit pas oublier qu'il remplit la mission la plus délicate et la plus importante qui se puisse imaginer et qu'il a entre ses mains la liberté, la vie et l'honneur de ses concitoyens. Car si, en droit, il est incontestable que l'avis des experts n'est pas un jugement, que les jurés et les juges sont libres de ne pas admettre les conclusions qu'ils ont adoptées, il n'en est pas moins vrai, qu'en fait, et la plupart du temps, l'avis des médecins dicte la décision du procès. »

S'il s'agit d'un cas urgent, d'un flagrant délit, d'un *individu* trouvé *mort* sur la voie publique, par exemple, le médecin doit se porter *immédiatement* sur le lieu du crime ou du délit, car, en retardant, il risquerait de ne plus trouver le corps du délit en état d'être examiné, par exemple s'il s'agit d'un cadavre en état de putréfaction déjà avancée. Il procède à l'examen du fait qui lui est soumis, en notant avec soin les moindres détails et tout ce qui se reconnait à la simple inspection. Nous avons vu comment on doit procéder à l'*examen juridique d'un cadavre* et à la *levée du corps* (voir page 295). Nous n'y reviendrons pas; nous nous contenterons de rappeler que l'expert, après avoir examiné scrupuleusement le sujet, fera un rapport et conclura des détails mentionnés dans ce rapport, que l'individu lui parait avoir succombé à tel ou tel genre de mort; si l'autopsie lui parait nécessaire pour confirmer son diagnostic, il doit le mentionner et indiquer qu'il y a lieu de procéder à un examen plus approfondi. Dans les cas absolument urgents, quand la putréfaction est tellement avancée qu'un examen ultérieur serait impossible, l'officier de police peut autoriser le médecin à procéder immédiatement à l'autopsie.

S'il s'agit d'un *individu vivant*, intéressé dans une affaire quelconque (accident, duel, tentative de suicide, viol, infanticide, etc.), le médecin se transporte auprès de l'inculpé, et, après examen, consigne dans son rapport toutes les particularités qu'il a observées et qui varient naturellement suivant les circonstances.

Si de ce premier rapport il résulte qu'il y a présomption de crime, le procureur de la République ou le juge d'instruction se rend sur les lieux, accompagné d'un ou deux hommes de l'art qui prêtent serment, procèdent aux recherches nécessaires et font un second rapport. Si celui-ci est en contradiction avec le premier ou s'il est incomplet, insuffisant, le juge d'instruction nomme d'autres médecins qui procèdent, avec les mêmes formalités, à une nouvelle expertise. Ainsi que nous l'avons vu précédemment, le médecin n'est pas absolument tenu d'accepter la mission qu'on veut lui confier; mais une fois qu'il a accepté et prêté serment, il ne peut plus refuser son ministère, mais s'il ne se sent pas suffisamment capable de répondre aux questions qui lui sont posées, il doit mettre de côté tout amour-propre et demander l'adjonction d'un confrère plus compétent sur certains sujets spéciaux.

Dans ces différentes recherches, par exemple s'il s'agit d'un empoisonnement, d'une autopsie, de l'examen d'un cadavre, l'expert ne doit avoir pour aides que des personnes d'une moralité connue, d'une instruction suffisante, et ne doit admettre que le nombre de personnes strictement nécessaire; il pourrait se glisser parmi les curieux des individus intéressés à faire disparaître des pièces à conviction ou à détruire le corps du délit. Briand et Chaudé font remarquer que ces *aides* ne doivent que prêter leur concours à l'expert, « qui doit tout chercher, tout voir par lui-même, puisqu'il doit affirmer dans son rapport qu'il *a fait* telle recherche, qu'il *a observé* telle circonstance; en général aussi, c'est sur les lieux mêmes qu'il doit rédiger son rapport sur les faits observés par lui, » car, dit Orfila, si l'expert se contente de prendre, en rédigeant son rapport, de simples notes, il risque plus tard de faire des oublis ou des inexactitudes qui peuvent nécessiter une nouvelle expertise où l'on reconnaîtra ces omissions, mais où l'on ne pourra réparer les lacunes ou les erreurs, parce que le corps du délit aura été détruit ou altéré par une cause quelconque.

Briand et Chaudé font remarquer que l'expert doit le plus souvent s'abstenir de porter immédiatement son jugement sur les faits qu'il vient de recueillir, car certains symp-

tômes peuvent n'apparaître ou se modifier qu'au bout de quelques heures.

Dans le cas où les experts, d'accord sur les faits, ne le sont pas sur les conclusions et les conséquences à déduire, le juge d'instruction charge, selon la nature de l'affaire en question, un chimiste, un chirurgien, un aliéniste, etc., enfin un homme dont le nom fait autorité, d'examiner les pièces et de rédiger une *consultation médico-légale*. Quelquefois le juge d'instruction réclame les lumières des savants de Paris « et adresse à l'un des juges du tribunal civil de Paris une *commission rogatoire* par laquelle il le soumet à l'effet de consulter sur *telles* ou *telles* questions » (Briand et Chaudé).

« Certains experts, disent ces derniers auteurs, pensent que soit dans leur rapport écrit, soit à l'audience, leur mission doit se borner à répondre aux questions qu'on leur adresse sans réticences, mais sans avoir ni à les provoquer ni à les commenter ; qu'agir autrement ce serait se faire l'auxiliaire du ministère public. Il y a là une grave erreur ; l'expert ne doit pas se contenter de décrire exactement les lésions qu'il rencontre et de répondre aux questions qui lui sont adressées à ce sujet ; il doit, s'il y a lieu, en tirer lui-même les conséquences, dire en quoi elles viennent à l'appui de l'accusation ou de la défense ; il a été désigné pour suppléer aux connaissances spéciales qui manquent aux magistrats et à l'avocat, c'est à lui de les éclairer et d'appeler leur attention sur tel ou tel fait que l'examen médical auquel il s'est livré lui a révélé et qui pourrait passer inaperçu, de leur en faire connaître l'importance ; ce n'est pas là prendre parti pour ou contre l'accusation, c'est l'accomplissement d'un devoir ; et l'expert qui passerait ce fait sous silence, sous prétexte qu'il n'a pas été interrogé sur ce point, n'aurait rempli sa mission que d'une manière incomplète. » (*Bull. de la Soc. de méd. lég.*, t. I, p. 90.)

Des rapports. — On entend par rapports en médecine légale « des actes dressés, à la requête d'une autorité judiciaire ou administrative, par un ou plusieurs hommes de l'art chargés de procéder à l'examen d'un fait, d'en con-

stater toutes les circonstances et d'en déduire des conclusions. »

On distingue *trois espèces* de rapports : 1° les *rapports judiciaires*, demandés par des magistrats ou des officiers de police judiciaire (procureur, juge d'instruction, commissaire de police, etc.); — 2° les *rapports administratifs*, réclamés par une autorité administrative (préfets, sous-préfets, maires, etc.) ; — 3° les *rapports d'estimation*, qui peuvent être demandés par l'autorité judiciaire ou l'administration.

1° Rapports judiciaires et administratifs. — Ils se composent de quatre parties : le préambule, l'historique ou exposition des faits, la discussion et les conclusions.

a. Le *préambule* ou protocole, dont la formule est à peu près constamment la même, contient : les nom, prénoms, titres et qualités de l'expert ; — l'indication des magistrats qui a requis son ministère ; — l'objet de l'expertise (ici l'expert doit relater les termes mêmes de l'ordonnance et transcrire textuellement les questions qui y sont posées) ; — l'indication des an, mois, jour, heure et lieu où il a été procédé à l'expertise ; — les noms et qualités des personnes qui ont aidé ou assisté, et notamment ceux des magistrats ou de l'officier public qui était présent ; — enfin la mention du serment prêté. Voici l'exemple que donnent Briand et Chaudé :

L'an..., le..., heure de..., nous soussigné, Louis-Antoine N...., etc.

ou bien :

Nous soussigné, Louis-Antoine N..., docteur-médecin de la Faculté de Paris, domicilié à..., canton de..., arrondissement de..., sur la réquisition qui nous a été faite par M..., juge d'instruction près le tribunal de..., de nous transporter en la commune de..., à l'effet de rechercher la cause de la mort du nommé C..., que l'on soupçonne avoir été empoisonné, de procéder à l'ouverture du corps et de recueillir (s'il y a lieu), pour les soumettre ultérieurement à l'analyse chimique, les matières qui pourraient être contenues dans l'estomac et dans les intestins ;

Nous sommes rendu aujourd'hui..., heure de..., en ladite commune, rue de..., n°..., où en présence de M. R..., maire de..., M. le juge d'instruction nous a introduit dans une chambre au premier étage et nous a requis de procéder aux opérations qui nous étaient confiées, après avoir préalablement reçu notre serment de..., etc.

Suivant Briand et Chaudé, la première formule convient plus particulièrement pour des rapports succincts, faits dans un cas d'urgence ; la seconde est préférable pour les rapports administratifs et les rapports qui demandent de longs détails.

b. L'*historique* ou l'exposition des faits est la partie la plus importante du rapport, ou pour mieux dire, suivant Legrand du Saulle, c'est le rapport lui-même : il doit contenir la description exacte, minutieuse et complète de ce que l'expert a vu ou découvert. Il ne doit rien omettre et éviter la plus petite inexactitude, qui peut avoir des conséquences les plus graves. Cet historique doit être court, simple, précis et, nous le répétons, complet ; l'expert n'emploiera que les *mots propres*, dont le sens scientifique est parfaitement déterminé ; il s'abstiendra donc, disent Briand et Chaudé, de ces expressions, de ces dénominations soit-disant dérivées du grec ou importées on ne sait d'où, *qui ne* peuvent qu'obscurcir ou rendre inintelligible une description. Il désignera chaque fait important, chaque circonstance par les numéros 1, 2, 3, de sorte que, dans ses conclusions, l'expert n'aura pas besoin de répéter les faits qui autorisent telle ou telle conclusion ; il n'aura qu'à dire : « Des faits indiqués aux numéros 1, 2, 3, il résulte 1°, 2°, 3°, que, etc. »

c. La *discussion*, que Legrand du Saulle ne mentionne pas dans son *Traité*, n'est que le complément de l'exposition, c'est-à-dire que le médecin reprend et examine en détail les faits qui lui paraissent avoir le plus d'importance ; il les explique, indique par quelle méthode il est arrivé à les constater, discute et réfute les objections qu'on peut soulever et cherche à démontrer le caractère véritable des faits qu'il a observés.

d. Les *conclusions*, qui doivent être le résumé de la discussion, doivent être formulées aussi simplement et aussi clairement que possible, ce qui n'est pas toujours facile et demande une grande expérience, quand on se trouve en présence de faits compliqués, multiples et plus ou moins obscurs. Dans les circonstances graves, « l'expert, dit Legrand du Saulle, on ne saurait trop le répéter, ne doit interroger que les faits pour se faire une conviction. Si l'examen

auquel il s'est livré l'autorise à prendre des conclusions positives, il doit le faire sans songer aux suites que peut entraîner son jugement. S'il a des doutes, ou bien encore s'il n'a pas trouvé dans les faits observés des raisons suffisantes pour émettre une opinion quelconque, il ne doit pas hésiter à le déclarer expressément dans son rapport. »

Celui-ci une fois terminé, l'expert le remet au magistrat qui l'a requis, en y adjoignant la lettre de requisition et l'ordonnance qui lui a donné connaissance de sa mission.

2° **Rapports d'estimation.** — On comprend sous ce nom : 1° des rapports ayant pour objet de décider si les honoraires réclamés par un médecin ou un chirurgien pour le traitement d'une maladie ou d'une opération ne sont pas exagérés, ou si le prix des fournitures d'un pharmacien ne peut pas être réduit; — 2° des rapports que font les hommes de l'art sur les moyens thérapeutiques employés par un de leurs confrères dans le cours d'une maladie ou dans les accidents qui ont pu résulter d'une opération (Briand et Chaudé). L'expert, lorsqu'il s'agit de l'estimation d'honoraires qu'il juge trop élevés, examine chaque article en particulier, marque dans la marge le chiffre qu'il propose, en reportant sans y rien changer ceux où il n'y a rien à retrancher. Puis il ajoute au bas du mémoire un court certificat où le total est mentionné en *toutes lettres*. Voici l'exemple que donnent Briand et Chaudé :

Mémoire d'honoraires réclamés.

Doit M. N.... à M. P..., officier de santé, domicilié à..., pour visites, pansements, etc., faits tant à lui-même qu'à sa famille et ses domestiques :

Taxe.		
180 fr.	Du 1er janvier 186... au 15 février, 30 visites faites à M. N., à raison de 10 francs.	300 fr.
6 »	Du 2 janvier, une saignée du bras.....	10 »
6 »	Du 15 janvier, une seconde saignée.....	10 »
6 »	Du 30 mars, une saignée du pied faite à Mme N.....	10 »
42 »	Du 1er avril au 10 du même mois, 7 visites faites à Mme N.	70 »
100 »	Du 20 juin au 30 juillet, avoir pansé chaque jour le bras de Mlle N.....	100 »
3 »	Du 10 août, une saignée faite à un de ses domestiques..	5 »
10 »	Du 10 au 20 du même mois, 5 visites faites au même ..	15 »
60 »	Du 5 septembre, avoir pansé un domestique qui avait une plaie à la tête et l'avoir soigné pendant un mois.....	100 »
413 fr.	Total.....	620 fr.

Je soussigné, docteur en médecine de la Faculté de..., ayant examiné le mémoire ci-dessus article par article, et l'ayant réduit, comme on le voit, par la taxe que j'ai inscrite en marge, à la somme de *quatre cent treize francs*, certifie que ladite somme de *quatre cent treize francs* est bien légitimement due à M. P.

En foi de quoi j'ai signé la présente estimation.

A..., ce....

(Signature.)

Dans cette estimation, le médecin chargé de donner son opinion doit prendre en considération : la gravité de la maladie ou de l'opération ; — le rang et la fortune des malades ; — la position plus ou moins éminente du confrère qui a donné ses soins ; — la distance qu'il avait à parcourir pour visiter son malade ; — enfin le nombre des visites que la maladie a exigé.

Dans la taxation de ces mémoires, il importe encore d'examiner si le nombre des visites n'a pas été exagéré, si ces visites n'ont pas été plus nombreuses que le comportait la maladie, et enfin, dans le cas où il existe des relations plus ou moins intimes entre le médecin et le malade, distinguer celles qui ont été faites à titre de *visites de malade*, certains médecins peu honnêtes transformant parfois des visites d'amitié en visites payantes.

Dans les cas où il s'agit d'estimer le prix des médicaments fournis, le médecin s'adjoint ordinairement un pharmacien.

Quant aux rapports ayant pour objet de *constater les erreurs ou les fautes* commises par un homme de l'art dans le traitement d'une maladie ou dans une opération, ils demandent de la part de l'expert une grande réserve ; s'il doit repousser les attaques injustes dont sont souvent victimes les médecins, il ne faut pas non plus hésiter à dévoiler les charlatans ou les ignorants. Nous étudierons plus particulièrement cette question à propos de la responsabilité médicale.

Des consultations médico-légales. — On comprend sous ce nom « des mémoires rédigés le plus souvent dans l'intérêt de la défense, mais quelquefois aussi à la demande de l'autorité, par un ou plusieurs hommes de l'art chargés

de donner leur opinion sur des demandes, des rapports ou des mémoires déjà produits » (Briand et Chaudé). Leur forme diffère peu de celle des rapports, et les mêmes règles sont applicables; seulement elles sont nécessairement plus détaillées, puisqu'elles doivent expliquer le plus souvent les faits ou les considérations exposées dans ces rapports.

Des certificats. — « Un certificat est une simple attestation d'un fait que le médecin a constaté sur la demande et dans l'intérêt d'un individu. » (Briand et Chaudé.) Les certificats ou les rapports demandés par un particulier doivent être rédigés sur papier timbré. Si le médecin est requis par une autorité judiciaire, les certificats ou les rapports sont exempts du timbre. Quant à leur rédaction, elle n'est assujettie à aucune formule, à aucune règle spéciale.

En général, les certificats sont des actes très courts, qui doivent mentionner : les nom, prénoms, profession et demeure de celui qui demande le certificat; — la maladie dont il est atteint; — la cause de cette maladie; — l'indication qu'il ne peut faire le service qu'on réclame de lui; — enfin le jour et le lieu où le certificat a été fait.

Les certificats doivent être visés, à Paris, par le commissaire de police du quartier; en province, par le maire ou son adjoint, ou par le préfet ou le sous-préfet de la localité qu'habite le médecin.

Le certificat doit seulement contenir l'exacte vérité sous peine de poursuites sévères en vertu de l'article 160 du Code pénal (loi du 13 mai 1863), ainsi conçu :

« Tout médecin, chirurgien ou officier de santé qui, pour favoriser quelqu'un, certifiera faussement des maladies ou infirmités propres à dispenser d'un service public, sera puni d'un emprisonnement d'une année au moins, de trois ans au plus. S'il a été mû par dons ou promesses, la peine de l'emprisonnement sera d'une année au moins, de quatre ans au plus. Dans ces deux cas, le coupable pourra, en outre, être privé des droits mentionnés en l'article 42 du présent Code (privation des droits civils, civiques et de famille), pendant cinq ans au moins et dix ans au plus à compter du jour où il aura subi sa peine. »

Dans le dernier cas, les corrupteurs seront punis des mêmes peines que le médecin, chirurgien ou officier de santé qui aura délivré le faux certificat.

Il faut, pour que le médecin soit passible des peines édictées par l'article 160 du Code pénal, que le certificat délivré faussement ait pour but de soustraire l'individu à un *service public*, comme le *service militaire*, les *fonctions de juré* ou de *témoin*.

Il n'est pas applicable lorsque le certificat atteste faussement des faits susceptibles de léser un tiers, l'État ou l'administration; dans ce cas, l'auteur du faux certificat tombe sous le coup de l'article 162 du Code pénal, relatif aux faux en écritures.

Parmi les certificats, ainsi que nous venons de le voir, les uns sont soumis aux frais de timbre, les autres en sont exempts. Dans la pratique journalière, en présence des certificats de nature si variée qu'un médecin peut avoir à faire, on est souvent fort embarrassé pour savoir si l'on doit ou non exiger un papier timbré. D'après les renseignements pris auprès de l'administration du timbre et de l'enregistrement par la *Société locale de prévoyance et de secours mutuels de Melun*, voici quels sont les certificats soumis au timbre ou exempts de ce droit :

« 1° Certificat aux nourrices pour obtenir un nourrisson. — Cette pièce ne paraît être exempte du timbre qu'autant qu'elle est délivrée à des nourrices destinées à des enfants assistés.

« 2° Certificat de vaccine. — *Exempt.*

« 3° Certificat de naissance ou de décès. — *Exempt.*

« 4° Certificat ou rapport médical pour coups, blessures ou meurtre, sur réquisition de monsieur le maire, ou de monsieur le juge de paix, ou de monsieur le juge d'instruction, ou de monsieur le procureur de la République ou de monsieur le commissaire de police.

« 5° Certificat sur réquisition de monsieur le maire pour constater le décès d'une personne trouvée sur la voie publique, par suite de maladie, d'accident, de meurtre ou de suicide. — Les certificats et rapports donnés par les médecins sur la réquisition de l'autorité judiciaire ou de la force armée sont *exempts* du timbre, comme rentrant dans la catégorie des actes de police générale et de vindicte publique. Il importe peu que ces certificats soient provoqués par un particulier, si ce particulier s'est muni

au préalable d'une réquisition de l'une des autorités chargées de concourir à la répression des crimes et délits (Décision du 10 mars 1874).

« 6° Certificat pour les aliénés. — Il y a une distinction à établir. Le certificat délivré par le médecin d'une maison d'aliénés, au sujet de l'état d'un malade, est *exempt* du timbre s'il a un caractère purement administratif et ne doit servir que dans l'intérieur de l'asile. — Il est au contraire *sujet au timbre* dès qu'il est délivré à des particuliers ou qu'il est employé dans un intérêt privé.

« 7° Certificat de santé pour les Compagnies d'assurances sur la vie. — *Soumis au timbre.*

« 8° Certificat de décès pour les Compagnies d'assurances sur la vie. — *Soumis au timbre.*

« 9° Certificat de maladie dans le cas d'impossibilité de se présenter lors du tirage au sort ou de la révision. — *Soumis au timbre.*

« 10° Certificat pour obtenir une prolongation de congé de convalescence (militaire ou civil). — *Soumis au timbre.*

« 11° Certificat de maladie délivré à un militaire ou à un ecclésiastique pour obtenir une saison aux eaux thermales. — *Soumis au timbre.*

« 12° Certificat de maladie ou d'infirmités à l'époque de la révision. — *Soumis au timbre.*

« 13° Certificat d'infirmités pour obtenir une retraite avant l'âge voulu (prêtres, instituteurs, employés des postes, des ponts et chaussées, etc.). — *Soumis au timbre.*

« 14° Certificat d'aptitude pour obtenir l'admission dans certaines écoles ou administrations de l'Etat. — *Soumis au timbre.*

« 15° Certificat de maladie pour obtenir une indemnité pour traitement médical des administrations ou des sociétés de secours mutuels (instituteurs, ponts et chaussées, sociétés de patronage, etc.). — *Exempt si le certificat du médecin est rédigé à la suite d'un certificat d'indigence.*

« 16° Certificat de maladie ou d'infirmités pour admission dans les hôpitaux ou hospices de vieillesse. — *Exempt.*

« 17° Certificat d'infirmités pour secours annuels du département en cas d'indigence. — *Exempt.*

« 18° Certificat de maladie pour être dispensé de faire acte de présence en cas d'arbitrage, de juré ou de témoignage devant les tribunaux. — *Soumis au timbre.*

« 19° Certificat demandé par une veuve d'employé à l'effet d'obtenir une pension de l'administration. — *Soumis au timbre.*

« *Remarque importante.* — Un médecin n'est pas passible d'amende quand un certificat non timbré, délivré administrativement et avec mention de la destination, est plus tard produit en justice. Les médecins feront prudemment d'indiquer la destination de tout certificat délivré sur papier non timbré. » (Lutaud.)

Voici, dans les cas où l'homme de l'art croit devoir délivrer un certificat, les formules qu'il doit employer (Briand et Chaudé) :

Certificat constatant qu'un témoin est dans l'impossibilité de comparaître devant la cour d'assises.

Je soussigné, docteur en médecine de la Faculté de..., résidant à..., certifie qu'ayant été requis de me transporter à..., à l'effet d'y voir et visiter le sieur..., y demeurant rue..., je me suis trouvé cejourd'hui... et l'ai trouvé alité. Je l'ai examiné avec soin, et j'ai reconnu en lui tous les symptômes de... (*indiquer ici la maladie, décrire les symptômes observés, afin de mettre la cour à même d'en apprécier la gravité*). Cette maladie met M.... dans l'impossibilité de comparaître comme témoin devant la cour d'assises du département de..., ainsi qu'il lui a été ordonné par une citation en date du...

En foi de quoi j'ai délivré le présent certificat, dont j'atteste le contenu sincère et véritable.

Fait à..., les jours et an que dessus [1].

Certificat pour empêcher un soldat malade de rejoindre son régiment.

Nous, docteur en médecine et en chirurgie, résidant à..., certifions que le nommé..., soldat au 1er régiment d'infanterie, actuellement en semestre à...., est affecté depuis huit jours de... (*dénommer la maladie et décrire les symptômes existant*). Qu'en conséquence il ne peut satisfaire, dans le délai qui lui était prescrit, à l'ordre qui lui a été signifié de rejoindre sa compagnie, et qu'il est impossible de déterminer aujourd'hui l'époque à laquelle il pourra se mettre en route, ces sortes d'affection ayant une durée indéterminée, mais toujours très longue.

1. Ce certificat doit être visé par le maire du lieu où réside le médecin.

En foi de quoi nous lui avons délivré le présent certificat, pour valoir ce que de raison.

Fait à..., le 188.... [1].

B. — Des honoraires dus aux médecins, chirurgiens, experts, etc., dont le ministère est requis en matière de justice criminelle.

Le tarif a été réglé par un décret du 18 juin 1811, modifié dans quelques-uns de ses articles par un décret du 7 avril 1813 et une ordonnance du 28 novembre 1838.

Aux termes de l'article 2 de ce tarif, les honoraires et vacations des médecins, chirurgiens, sages-femmes, experts, etc., les indemnités qui peuvent être accordées aux témoins, etc., sont compris sous la dénomination de *frais de justice criminelle*, sans distinction de frais d'instruction et de poursuite en matière de police correctionnelle et de simple police.

TITRE Ier, CHAP. II. — *Visites ou opérations faites par les gens de l'art dans le lieu de leur résidence.*

Art. 16. — Les honoraires et vacations des médecins, chirurgiens, sages-femmes, à raison des opérations qu'ils feront, sur la réquisition de nos officiers de justice ou de police judiciaire, dans les cas prévus par les articles 43, 44, 148, 332 et 335 du Code d'instruction criminelle, seront réglés ainsi qu'il suit :

Art. 17. — Chaque médecin ou chirurgien recevra, savoir :

1° Pour chaque visite et rapport, y compris le premier pansement, s'il y a lieu, à Paris, 6 fr.; dans les villes de 40 000 habitants et au-dessus, 5 fr.; dans les autres villes et communes, 3 fr.

2° Pour les ouvertures de cadavre et autres opérations plus difficiles que la simple visite, et en sus des droits ci-dessus : à Paris, 9 fr.; dans les villes de 40 000 habitants et au-dessus, 7 fr.; dans les autres villes et communes, 5 fr.

Art. 18. — Les visites faites par les sages-femmes seront payées, à Paris, 3 fr.; dans les autres villes et communes, 2 fr.

Art. 19. — Outre les droits ci-dessus, le prix des fournitures nécessaires pour les opérations sera remboursé.

Nota. — Ce remboursement ne sera fait que lorsque les médecins ou chirurgiens auront joint à leur mémoire un état détaillé des fournitures ;

1. Ce certificat doit être visé par le sous-intendant ou l'intendant militaire sous peine de nullité (Briand et Chaudé).

et, quand elles auront été achetées, l'état devra être quittancé par le vendeur.

Art. 20. — Pour les frais d'exhumation des cadavres, on suivra les tarifs locaux.

Art. 21. — Il ne sera rien alloué pour soins et traitements administrés, soit après le premier pansement, soit après les visites ordonnées d'office.

Nota. — On doit, en effet, ne payer comme frais de justice que les visites et opérations qui servent à l'instruction des procédures. Si, postérieurement au pansement d'un blessé, il devient nécessaire de constater son état (par exemple, pour proportionner la peine à la durée plus ou moins longue de la maladie), le droit auquel cette nouvelle visite donne lieu doit être compris dans les frais du procès; mais, hors ce cas et autres semblables, si le blessé ou le malade reçoit les soins d'un chirurgien ou d'un médecin, c'est à ses propres frais, ou bien, s'il est indigent, c'est à l'autorité administrative qu'il doit s'adresser pour obtenir ou des secours ou son admission dans un hôpital.

Art. 24. — Dans le cas où ils sont obligés de se transporter à plus de deux kilomètres de leur résidence, outre la taxe ci-dessus fixée pour leurs vacations, les médecins, chirurgiens, sages-femmes, seront indemnisés de leurs frais de voyage et séjour, de la manière déterminée ci-après (art. 90 et suiv.).

Art. 25, combiné avec l'article 2 du décret du 7 avril 1813. — « Dans tous les cas où les médecins, chirurgiens, sages-femmes, seront appelés, soit devant le juge d'instruction, soit aux débats, à raison de leurs déclarations, visites ou rapports, les indemnités dues pour cette comparution leur seront payées comme à des témoins ordinaires, et *seulement s'ils requièrent taxe.* S'ils n'ont pas eu à sortir du lieu de leur résidence, ou s'ils n'ont eu à parcourir qu'une distance d'un myriamètre, il leur sera dû, *pour chaque jour* qu'ils auront été dérangés de leurs affaires : 1° aux médecins, ou chirurgiens, à Paris, 2 fr.; dans les villes d'au moins 40 000 habitants, 1 fr. 50; dans les communes moindres, 1 fr.; 2° aux sages-femmes, à Paris, 1 fr. 25; dans les villes d'au moins 40 000 habitants, 1 fr.; dans les communes moindres, 75 c. »

TITRE II, CHAP. VIII. — *Frais de voyage et de séjour hors du lieu de leur résidence.*

Art. 90. — Il est accordé des indemnités aux médecins, chirurgiens, sages-femmes, lorsqu'à raison des fonctions qu'ils doivent remplir, et notamment dans les cas prévus par les articles 20, 43, 44 du Code d'instruction criminelle, ils sont obligés de se transporter à plus de 2 kilomètres de leur résidence, soit dans le canton, soit au delà.

Art. 91. — Cette indemnité est fixée pour chaque myriamètre parcouru en allant et revenant, savoir : pour les médecins et chirurgiens, à 2 fr. 50; pour les sages-femmes, à 1 fr. 50.

Nota. — Ce prix n'est dû que lorsqu'ils sont requis pour une visite ou une opération quelconque. Lorsqu'ils sont appelés, soit devant le juge d'instruction, soit aux débats à raison de leurs déclarations, visites ou rapports, ils sont alors assimilés aux simples témoins; et, s'ils requièrent taxe, on leur applique l'article 2 du décret d'avril 1813. Ainsi, s'ils ont eu à se transporter à plus d'un myriamètre de leur domicile, mais sans sortir de leur arrondissement, il leur est dû 1 franc par chaque myriamètre parcouru; s'ils se sont transportés à plus d'un myriamètre et hors de leur arrondissement, il leur revient 1 fr. 50 par chaque myriamètre.

Art. 92. — L'indemnité est réglée par myriamètre et demi-myriamètre. — Les fractions de 8 ou 9 kilomètres sont comptées pour un myriamètre, et celles de 3 à 7 kilomètres pour un demi-myriamètre.

Nota. — L'instruction générale sur les frais de justice, publiée en 1826 par le garde des sceaux, a résolu une difficulté à laquelle donnait lieu la réduction des kilomètres en myriamètres. « Cette réduction ne doit pas se faire isolément, d'abord sur les kilomètres parcourus en allant, puis sur ceux parcourus en revenant, mais sur les kilomètres réunis, tant de l'aller que du retour : ainsi lorsque le domicile est éloigné de 1 myriamètre 3 kilomètres, il faut réunir les 3 kilomètres parcourus en allant avec les 3 kilomètres en revenant, et compter 2 myriamètres 6 kilomètres, qui comptent pour 2 myriamètres et demi. »

(L'article 94, qui portait à 3 fr. l'indemnité de 2 fr. 50 et à 2 fr. celle de 1 fr. 50 pendant les mois de novembre, décembre, janvier et février, a été supprimé par le décret d'avril 1813.)

Art. 95. — Lorsque les individus dénommés ci-dessus seront arrêtés dans le cours du voyage par force majeure, ils recevront, en indemnité, pour chaque jour de séjour forcé, savoir : les médecins et chirurgiens, 2 fr.; les sages-femmes, 1 fr. 50. — Ils seront tenus de faire constater par le juge de paix ou ses suppléants, ou par le maire, ou, à son défaut, par ses adjoints, la cause du séjour forcé en route, et d'en représenter le certificat à l'appui de leur demande en taxe.

Art. 96. — Si les mêmes individus sont obligés de prolonger leur séjour dans la ville où se fera l'instruction de la procédure, et qui ne sera point celle de leur résidence, il leur sera alloué, pour chaque jour de séjour, une indemnité ainsi qu'il suit :

1° Pour les médecins et chirurgiens, à Paris, 4 fr.; dans les villes de 40 000 habitants et au-dessus, 2 fr. 50 c.; dans les autres villes et communes, 2 fr.

2° Pour les sages-femmes, à Paris, 3 fr.; dans les villes de 40 000 habitants et au-dessus, 2 fr.; dans les autres villes et communes, 1 fr. 50.

TITRE III, chap. I. — *Mode de payement.*

Art. 132. — Le mode de payement des frais diffère suivant leur nature et leur urgence; il est réglé ainsi qu'il suit :

Art. 133 et 134. — Les *frais urgents* (au nombre desquels sont compris les indemnités de témoins, les frais d'expertises et d'opérations faites par les médecins, chirurgiens, etc., *non habituellement employés* par le tribunal ou par la Cour) seront acquittés *par le receveur de l'enregistrement*, sur simple taxe et mandat du juge mis au bas des réquisitions, états ou mémoires des parties.

Art. 3 (ordonnance du 28 novembre 1838). — Les *frais* réputés non *urgents* seront payés sur les états ou mémoires des parties prenantes: ils seront taxés article par article par les présidents et juges des cours et tribunaux, et ils seront payables aussitôt qu'ils auront été revêtus de l'ordonnance du magistrat taxateur. — Cette ordonnance sera toujours décernée sur le réquisitoire de l'officier du ministère public, qui devra préalablement procéder à la vérification des mémoires. — La taxe de chaque article devra rappeler la disposition législative ou réglementaire sur laquelle elle sera fondée.

Art. 144 du tarif. — Les états ou mémoires seront dressés de manière que le juge puisse y apposer sa taxe et son exécutoire; sinon, ils seront rejetés (voy. le tableau ci-contre, p. 745).

Art. 145. — Il sera fait de chaque état ou mémoire deux expéditions, l'une sur papier timbré, l'autre sur papier libre. — Chacune sera revêtue de la taxe et de l'exécutoire du juge. La première sera remise au payeur, avec les pièces au soutien des articles susceptibles d'être ainsi justifiés. L'expédition sur papier libre sera transmise au ministre de la justice. Le prix du timbre, tant du mémoire que des pièces à l'appui, est à la charge de la partie prenante.

Art. 146. — Les états ou mémoires qui ne s'élèveront pas à plus de 10 francs ne seront pas sujets à la formalité du timbre.

Art. 147. — Aucun état ou mémoire fait au nom de deux ou plusieurs parties prenantes ne sera rendu exécutoire s'il n'est signé de chacune d'elles : le payement ne pourra être fait que sur leur acquit individuel ou sur celui de la personne qu'elles auront autorisée spécialement, et par écrit, à toucher le montant de l'état ou mémoire. Cette autorisation et l'acquit seront mis au bas de l'état, et ne donneront lieu à la perception d'aucun droit.

Art. 148. — Les états ou mémoires qui comprendraient des dépenses autres que celles qui, d'après le présent décret, doivent être payées sur les fonds généraux des frais de justice, seront rejetés de la taxe, sauf aux parties réclamantes à diviser leurs mémoires par nature de dépenses, pour le montant en être acquitté par qui de droit.

Art. 5 (ordonnance du 28 novembre 1838). — Les mémoires qui n'auront pas été présentés à la taxe du juge dans le délai d'une année, à compter de l'époque à laquelle les frais auront été faits, ou dont le payement n'aura pas été réclamé dans les six mois de leur date, ne pourront être acquittés qu'autant qu'il sera justifié que les retards ne sont point imputables à la partie dénommée dans l'exécutoire. — Cette justification ne pourra être admise que par le ministre de la

Nos D'ORDRE.	DATES DES opérations.	ESPÈCES DES CRIMES OU DÉLITS	AUTORITÉ REQUÉRANTE	OBJET DES OPÉRATIONS	NOMBRE DE Visites.	Opérations plus difficiles que la simple visite.	Myriamètres parcourus.	Jours de séjour.
1	1er janvier.	Empoisonnement (affaire N...).	M. le procureur de la République.	Ouverture du cadavre de N..., présumé avoir été empoisonné par O...	»	1	»	»
2	Id.	Id. (aff. B...).	Id.	Visite et rapport sur l'état du cadavre.	1	»	»	»
3	Id.	Id. (aff. L...).	Id.	Parcouru pour cette opération 56 kilomètres, savoir : 28 pour me transporter à..., et 28 pour le retour, de plus, un jour de séjour.....	»	»	5 1/2	1
4	19 dudit..	Blessure (affaire B...).	M. le juge de paix du canton de...	Visite, rapport et premier pansement de B..., blessé par N.....	1	»	»	»
				Nota. — Si l'on avait fourni des médicaments, on inscrirait ici la note.				
				Totaux.....	2	1	5 1/2	1

RÉCAPITULATION	NOMBRE	PRIX	MONTANT	ARTICLES de règlements.	TAXE DU JUGE	OBSERVATIONS
Visites	2	3 fr.	6 fr.	17 n° 1.	6 fr.	Le juge doit remplir la dernière colonne, même lorsqu'il n'y a aucune réduction à faire. Il doit indiquer ici les articles sur lesquels porteraient des réductions, et les motifs de ces réductions.
Opérations plus difficiles.....	1	5	5	17 n° 2.	5	
Myriamètres parcourus.....	5 1/2	3	16 fr. 50	91 n° 1 et 94.	16 fr. 50	
Jours de séjour.....	1	2	2	96 n° 1.	2	
Médicaments fournis suivant la note ci-dessus.....	»	»	2 fr. 50	19.	2 fr. 50	
			32 fr.		32 fr.	

Je soussigné, docteur en médecine (ou officier de santé), certifie le présent mémoire pour la somme de trente-deux francs.

A...., le.....

justice, après avoir pris l'avis des procureurs généraux, s'il y a lieu.

Art. 153. — Le secrétaire général de l'enregistrement à Paris, et les directeurs de cette administration dans les départements, ne pourront refuser leur *visa* sur les mandats ou exécutoires qui auront été délivrés conformément aux dispositions ci-dessus, si ce n'est dans les cas suivants : 1° s'il existe des saisies ou oppositions au préjudice des parties prenantes; 2° si ces mandats ou exécutoires comprennent des dépenses autres que celles dont l'administration de l'enregistrement est chargée. Dans ces deux cas, il sera fait mention, en marge et au bas des mandats ou exécutoires, des motifs du refus.

Art. 154. — Les mandats et exécutoires délivrés pour les causes et dans les formes ci-dessus déterminées seront payables chez les receveurs établis près le tribunal de qui ils émaneront.

Pour les *expertises chimiques*, qui demandent souvent un temps considérable, et conséquemment plusieurs vacations, la durée officielle de chaque vacation étant de trois heures, l'expert ne peut en compter plus de trois dans une journée (deux le jour, une la nuit). La somme allouée est de 5 francs par vacation; l'expert ne peut donc réclamer plus de 17 fr. 50 par jour (Lutaud).

M. Legrand du Saulle fait remarquer que les honoraires alloués aux médecins, chirurgiens ou officiers de santé pour les affaires criminelles sont véritablement ridicules; que la plupart des médecins refusent la mission qu'on veut leur confier, ou bien augmentent à dessein le nombre des fournitures ou des vacations, pour s'indemniser du temps perdu ou des frais qu'ils ont pu faire.

Voir le tableau, page précédente, indiquant sous quelle forme le médecin expert doit présenter son mémoire (Legrand du Saulle).

C. — Des médecins appelés devant la justice pour répondre de leurs actes.

Responsabilité médicale. — Les médecins, chirurgiens, officiers de santé et sages-femmes sont-ils responsables des accidents qui peuvent résulter des soins donnés par eux à leurs malades? Sur ce point, les avis sont très partagés. Suivant les uns, les médecins sont absolument irres-

ponsables, aussi bien au civil qu'au correctionnel; ils ne relèvent que de leur conscience et ne doivent aucun compte des faits de leur pratique. « C'est un mandat illimité, dit le docteur Double, qu'il faut auprès des malades; l'art de guérir ne peut véritablement devenir profitable qu'à cette condition. En fait de médecine pratique, de même qu'en matière de justice distributive, les médecins, non plus que les juges, ne sauraient devenir passibles des erreurs qu'ils peuvent commettre de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions. Là comme ici, la responsabilité est toute morale, toute de conscience; nulle action ne doit être légitimement intentée, si ce n'est en cas de captation, de dol, de fraude, de prévarication. Ainsi le veut la juste intelligence des intérêts sociaux. » — D'autres admettent bien *en principe* la responsabilité du médecin, mais la responsabilité *civile* : il ne peut, suivant eux, être condamné qu'à des réparations *civiles*, à des *indemnités*, à des *dommages-intérêts*, et encore faudra-t-il prouver qu'il a commis une lourde faute; il n'est nullement passible, pour ces faits, d'une condamnation correctionnelle. — Enfin une troisième opinion est que le médecin est *responsable civilement* et *correctionnellement* du dommage qu'il a pu causer par son ignorance, sa négligence ou sa maladresse; il serait absurde d'admettre l'irresponsabilité absolue. C'est actuellement l'opinion admise par la jurisprudence et la grande majorité du corps médical. Sans doute, un médecin peut se tromper, et il ne sera pas poursuivi pour une erreur commise dans l'exercice régulier et consciencieux de sa profession; pour qu'il soit passible des peines civiles ou correctionnelles, il faut qu'il ait fait une *faute grossière*, *palpable*, une *erreur évidente*, ou que par sa maladresse ou son inattention, il ait commis un dommage sérieux et incontestable à la personne qu'il a soignée, par exemple dans le cas de ce médecin qui avait ordonné à un malade une potion contenant 4 grammes de cyanure de potassium, ordonnance dénotant de sa part une ignorance évidente ou un oubli qui pouvait avoir les conséquences les plus graves.

En résumé, la jurisprudence actuelle admet en principe la responsabilité civile ou pénale du médecin, lorsqu'il est bien

établi « qu'il a agi avec une légèreté ou une négligence impardonnable ou qu'il a fait preuve de l'ignorance des procédés les plus élémentaires de son art, d'une *ignorance crasse*, ainsi que le disent plusieurs jugements » (Briand et Chaudé).

Pous les *officiers de santé*, la loi a précisé dans quelles limites ils peuvent et doivent opérer, et posé nettement le principe de la responsabilité. D'après l'article 29 de la loi du 19 ventôse an XI, relative à l'exercice de la médecine :

Les *officiers de santé* ne peuvent pratiquer les grandes opérations chirurgicales que sous la surveillance et l'inspection d'un docteur, dans les lieux où celui-ci est établi ; et, dans le cas d'accidents graves arrivés à la suite d'une opération exécutée hors de la surveillance et l'inspection d'un docteur, il y aura recours en indemnité contre l'officier de santé qui s'en sera rendu coupable.

Que doit-on entendre par *grandes opérations* chirurgicales? « En général, disent Briand et Chaudé, on regarde comme grandes opérations toutes celles qui sont d'une exécution difficile, soit à cause de la situation profonde des organes malades, soit à cause du grand nombre de parties essentielles sur lesquelles il faut agir, soit à cause du danger de léser des vaisseaux ou des nerfs importants, par exemple : l'ablation d'un membre, la résection des extrémités osseuses dans les grandes articulations, les opérations pratiquées sur des organes essentiels à la vie ou qui servent à une fonction importante, la lithotomie, la lithotritie, l'opération du sarcocèle, celle de la hernie étranglée, de la cataracte, l'opération césarienne, l'embryotomie. » Quant à l'application du forceps, elle rentre évidemment dans les grandes opérations, puisque la vie de la mère et celle de l'enfant en dépendent souvent; mais, dans la pratique, il n'est pas toujours possible d'exécuter la loi, parce que la vie de la mère ou de l'enfant dépend du moindre délai, retard, et qu'on n'a pas toujours le temps d'aller chercher un docteur. Dans ces circonstances, s'il arrive des accidents susceptibles d'engager la responsabilité civile ou pénale de l'opérateur, c'est au tribunal à apprécier les circonstances du fait particulier. Il est bon de faire remarquer que la loi n'édicte aucune peine

contre l'officier de santé qui contrevient à l'article 29 de la loi de ventôse, lorsque l'opération réussit et qu'il n'y a ni accident ni plainte; elle intervient seulement dans le cas où l'opération a été suivie d'accidents graves et que le malade ou sa famille poursuit l'officier de santé.

Ces principes généraux sur la responsabilité sont également applicables aux *sages-femmes*, qui, d'après l'article 33 de la loi du 19 ventôse an XI, doivent appeler un docteur toutes les fois qu'il y a nécessité d'appliquer le forceps ou un autre instrument pour terminer l'accouchement.

Les *pharmaciens* sont également responsables, d'après les article 319 et 320, des accidents qui peuvent arriver dans leur pharmacie par suite de leur négligence, de leur *inattention* et de leur *inobservation des règlements*. Ajoutons que les médecins qui, dans les campagnes, fournissent des médicaments, sont soumis aux mêmes règlements que les pharmaciens et responsables comme eux, civilement et correctionnellement, des fautes qu'ils peuvent commettre. Il en est de même des *herboristes* et des *droguistes* qui se rendent coupables d'homicide par imprudence, par suite de la vente de leurs substances.

Nous avons vu précédemment, au chapitre des déclarations de naissance, quelle doit être la conduite du médecin qui a assisté à un accouchement, et de quelles peines il est passible lorsqu'il prend une part quelconque au crime d'avortement. Nous renvoyons nos lecteurs à ces deux chapitres (Voir page 10 et page 629).

Ajoutons enfin, au point de vue de la responsabilité des médecins devant les tribunaux, que les experts qui font un *faux rapport* ou un *faux certificat* de nature à léser les intérêts d'un tiers, sont passibles de l'article 162 du Code pénal, ainsi conçu :

Art. 162. — Les faux certificats d'où il pourrait résulter soit lésion envers les tiers, soit préjudice envers le trésor, sont punis, selon qu'il y aura lieu, d'après les dispositions des paragraphes 3 et 4 de la présente section. — Le paragraphe 3 est relatif aux faux en écritures publiques ou authentiques de commerce et de banque ; il prononce, suivant les cas, la peine des travaux forcés à perpétuité ou celle des travaux forcés à temps. — Le paragraphe 4 se rapporte aux faux en écriture privée, et il prononce la peine de la réclusion.

S'il s'agit de *matière criminelle*, le faux rapport entraîne l'application des articles 361 et 364 du Code pénal, ainsi conçus :

Code pénal. Art. 361. — Quiconque sera reconnu coupable de faux témoignage en matière criminelle, soit contre l'accusé, soit en sa faveur, sera puni de la peine de réclusion. — Si néanmoins l'accusé a été condamné à une peine plus forte que celle de la réclusion, le faux témoin qui a déposé contre lui subira la même peine.

Art. 364. — Le faux témoin, en matière criminelle, qui aura reçu de l'argent, une récompense quelconque ou des promesses, sera puni des travaux forcés à temps, sans préjudice de l'application du 2e paragraphe de l'article 361.

Le faux témoin en matière correctionnelle ou civile qui aura reçu de l'argent, une récompense quelconque ou des promesses, sera puni de la réclusion.

Le faux témoin en matière de police qui aura reçu de l'argent, une récompense quelconque ou des promesses, sera puni d'un emprisonnement de deux à cinq ans, et d'une amende de cinquante à deux mille francs.

S'il s'agit de *matière correctionnelle*, de simple police ou de matière civile, les experts qui font de faux rapports sont passibles des articles 362, 363, 364.

Art. 362. — Quiconque sera coupable de faux témoignage en matière correctionnelle soit contre le prévenu, soit en sa faveur, sera puni d'un emprisonnement de deux ans au moins et de cinq ans au plus, et d'une amende de cinquante à mille francs. Si néanmoins le prévenu a été condamné à plus de cinq ans d'emprisonnement, le faux témoin qui a déposé contre lui subira la même peine. Quiconque sera coupable de faux témoignage en matière de police, soit contre le prévenu, soit en sa faveur, sera puni d'un emprisonnement d'un an au moins et de trois ans au plus, et d'une amende de seize francs à cinq cents francs. Dans ces deux cas, les coupables pourront en outre être privés des droits mentionnés en l'article 42 du présent Code, pendant cinq ans au moins et dix ans au plus, à compter du jour où ils auront subi leur peine, et placés sous la surveillance de la haute police pendant le même nombre d'années.

Art. 363. — Le coupable de faux témoignage en matière civile sera puni d'un emprisonnement de deux à cinq ans, et d'une amende de cinquante à mille francs. Il pourra l'être aussi des peines accessoires mentionnées en l'article précédent.

CHAPITRE II

LOIS, DÉCRETS ET ORDONNANCES QUI RÉGISSENT LA PROFESSION MÉDICALE.

ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE.

Législation. — L'enseignement et l'exercice de la médecine sont régis en partie par la loi du 19 ventôse an XI (10 mars 1808), dont voici les principales dispositions :

TITRE PREMIER. — Dispositions générales.

Art. 1er. — A compter du 1er vendémiaire an XII (24 sept. 1803), nul ne pourra embrasser la profession de médecin, de chirurgien ou d'officier de santé, sans être examiné et reçu comme il sera prescrit par la présente loi.

Art. 2. — Tous ceux qui obtiendront, à partir du commencement de l'an XII, le droit d'exercer l'art de guérir, porteront le titre de *docteurs en médecine* ou en *chirurgie* lorsqu'ils auront été examinés et reçus dans l'une des écoles spéciales de médecine, ou celui d'*officier de santé* quand ils seront reçus par les jurys.

Art. 4. — Le gouvernement pourra, s'il le juge convenable, accorder à un médecin ou à un chirurgien étranger, et gradué dans les universités étrangères, le droit d'exercer la médecine ou la chirurgie sur le territoire de la République.

TITRE II. — Examen et réception des docteurs.

Art. 5. — Il sera ouvert, dans chacune des six écoles spéciales de médecine, des examens pour la réception des *docteurs* en médecine et en chirurgie.

Art. 6. — Les examens seront au nombre de cinq.

Art. 7. — Après ces cinq examens, l'aspirant sera tenu de soutenir une thèse...

Art. 9. — Ces conditions d'admission des étudiants aux écoles, le mode des inscriptions qu'ils y prendront, l'époque et la durée des examens, ainsi que les frais d'étude et de réception, et la forme du diplôme à délivrer, seront à déterminer par un règlement... (Briand et Chaudé.)

Cette loi a subi bien des modifications, surtout au point de vue de l'enseignement et de la collation des grades. Jusqu'en 1874, l'enseignement de la médecine était donné : 1° par des *facultés*, au nombre de trois, siégeant à Paris, à Montpellier et à Strasbourg ; à côté et dans les mêmes villes étaient trois *écoles supérieures de pharmacie ;* depuis 1872, on avait transféré à Nancy la Faculté de médecine et l'Ecole supérieure de pharmacie de Strasbourg ; — 2° par des *écoles secondaires de médecine* ou *écoles préparatoires de médecine* ou *de pharmacie*, au nombre de 22, en comprenant celle d'Alger.

Depuis 1874, les études pour le doctorat peuvent être faites : 1° dans les *écoles préparatoires ;* les élèves peuvent y rester jusqu'à la 12e inscription (celle-ci comprise), et non jusqu'à la 8e comme autrefois ; pour la quatrième année, ils doivent passer par une *faculté* ou une *école de plein exercice ;* — 2° dans les *écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie* (1875), qui peuvent accorder seize inscriptions égales à celles des facultés et faire passer les examens de fin d'année, de sorte que les élèves n'ont plus qu'à subir leurs examens de doctorat dans une faculté : il en existe actuellement deux, l'une à Marseille (26 novembre 1875), l'autre à Nantes (28 janvier 1876) ; — 3° *dans les facultés mixtes de médecine et de pharmacie*, créées en 1874 et régies par les mêmes lois que les anciennes facultés, mais dans lesquelles la faculté de médecine et l'école supérieure de pharmacie, séparées autrefois, sont actuellement réunies ; il existe *quatre* facultés mixtes, Bordeaux (2 décembre 1874), Lyon (20 décembre 1874), Lille (12 novembre 1875) et Toulouse (28 novembre 1878) ; — 4° enfin dans les trois anciennes *facultés de médecine*, Paris, Montpellier et Nancy.

Obtention des diplômes. — Les diplômes que peuvent délivrer les facultés de médecine sont au nombre de trois : 1° le diplôme de *docteur en médecine ;* — 2° le diplôme d'*officier de santé* ; — 3° le diplôme de *sage-femme*.

1° **Docteur en médecine.** — L'étudiant qui veut commencer ses études en médecine doit, avant sa première inscription, produire son diplôme de bachelier ès lettres, et avant la troisième, le diplôme de bachelier ès sciences restreint. C'était au moins ainsi sous le régime de 1854, car,

depuis le décret de 1878, l'élève doit fournir, pour la première inscription, le diplôme de bachelier ès lettres et le diplôme de bachelier ès sciences restreint pour la partie mathématique. Il doit déposer en même temps au secrétariat de la Faculté, dans la *première quinzaine* de novembre, les pièces suivantes :

1° Son acte de naissance ;

2° Le consentement de son père ou de son tuteur, s'il n'est pas majeur ;

3° Un certificat de bonnes vie et mœurs, délivré par les autorités (maire ou commissaire de police, avec l'assistance de deux témoins) ;

4° Présenter un répondant dans le cas où le père ou le tuteur n'habite pas la ville. « Les logeurs et maîtres d'hôtels garnis ne peuvent servir de répondants qu'autant qu'ils sont autorisés par écrit par les familles des étudiants. » (Lutaud.)

Quant aux conditions d'étude exigées pour le doctorat, elles sont réglementées actuellement par deux décrets, le décret de 1854 et celui du 28 juin 1878 :

D'après l'*ancien régime* (décret de 1854), le nombre des inscriptions à prendre est de 16, représentant 4 années d'études, avant de passer les examens du doctorat ; chaque inscription doit être prise dans la première quinzaine de chaque trimestre, et les élèves sont obligés de se présenter dans la *dernière quinzaine* du même trimestre, pour faire acte de présence ; sans quoi ils perdent leur inscription, dont le prix est imputé à l'inscription du trimestre suivant (Lutaud).

A la fin de chacune des trois premières années, les élèves subissent un examen dit de *fin d'année*, portant sur les matières suivantes :

Premier examen de fin d'année. — Physique, chimie, histoire naturelle dans leurs applications à la médecine, première partie de l'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie), premiers éléments de physiologie.

Second examen de fin d'année. — Anatomie et physiologie entière, histologie.

Troisième examen de fin d'année. — Pathologie interne, pathologie externe.

Ces divers examens ont lieu du 15 juillet au 1er août et du 2 au 15 novembre; ces derniers pour les élèves qui ont été refusés au mois d'août ou qui, pour une raison valable, n'ont pu passer à cette époque.

Les *examens de doctorat* ou *examens de réception* ne peuvent être subis qu'après la 16e inscription. Ces examens, au nombre de 5, portent sur les matières que voici :

Premier examen. — Anatomie et physiologie avec une épreuve de dissection, pour laquelle il est accordé quatre heures.

Deuxième examen. — Pathologie interne, pathologie externe, médecine opératoire, opération sur le cadavre.

Troisième examen. — Histoire naturelle médicale, physique médicale, chimie médicale, pharmacologie.

Quatrième examen. — Hygiène, médecine légale, matière médicale, thérapeutique.

Cinquième examen. — Clinique interne, clinique externe, clinique d'accouchements. — Les candidats ont en outre à traiter en français un sujet de composition sur la pathologie interne ou externe ou sur les accouchements (Lutaud).

Enfin la *thèse* comprend : 1° une dissertation imprimée sur un point quelconque de médecine et de chirurgie ou de thérapeutique; — 2° une discussion verbale sur cette dissertation et sur d'autres questions de l'enseignement de l'Ecole, questions tirées au sort, imprimées à la fin de la thèse et sur lesquelles, il faut bien le dire, les candidats sont rarement interrogés.

Le *régime nouveau* est réglé par le décret du 28 juin 1878, ainsi conçu :

Décret du 28 juin 1878, portant règlement d'administration publique déterminant les conditions d'études exigées des aspirants au grade de docteur en médecine.

Art. 1er. — Les études pour obtenir le diplôme de docteur en médecine durent quatre années; elles peuvent être faites pendant les trois premières années, soit dans les facultés, soit dans les écoles de plein exercice, soit dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Les études de la quatrième année ne peuvent être faites que dans une faculté ou une école de plein exercice.

Art. 2. — Les aspirants doivent produire, au moment où ils prennent leur première inscription, le diplôme de bachelier ès lettres et le diplôme de bachelier ès sciences restreint pour la partie mathématique.

Ils subissent cinq examens et soutiennent une thèse. Les deuxième, troisième et cinquième examens sont divisés en deux parties.

Les examens de fin d'année sont supprimés.

Art. 3. — Les cinq examens portent sur les objets suivants :

1er examen. — Physique, chimie, histoire naturelle médicale.

2e examen. — 1re *partie :* Anatomie, histologie. — 2e *partie :* Physiologie.

3e examen. — 1re *partie :* Pathologie externe, accouchements, médecine opératoire. — 2e *partie :* Pathologie interne, pathologie générale.

4e examen. — Hygiène, médecine légale, thérapeutique, matière médicale et pharmacologie.

5e examen. — 1re *partie:* Clinique externe et obstétricale. — 2e *partie :* Clinique interne, épreuve pratique d'anatomie pathologique.

Thèse. — Les candidats soutiennent cette épreuve sur un sujet de leur choix.

Art. 4. — Le premier examen est subi après la quatrième inscription et avant la cinquième; la première partie du deuxième examen, après la dixième inscription et avant la douzième; et la seconde partie de cet examen, après la douzième et avant la quatorzième inscription.

Le troisième examen ne peut être passé qu'après l'expiration du seizième trimestre d'études.

Tout candidat qui n'aura pas subi avec succès le premier examen en novembre au plus tard sera ajourné à la fin de l'année scolaire et ne pourra prendre aucune inscription pendant le cours de cette année.

Art. 5. — Les aspirants au doctorat, élèves des écoles de plein exercice et des écoles préparatoires, sont examinés devant les Facultés aux époques fixées au précédent article; ils peuvent toutefois, sans interrompre leurs cours d'études, ne passer leur premier examen qu'après la douzième inscription. Dans ce dernier cas, ils subissent le deuxième examen (première et deuxième partie) avant la treizième inscription et sont soumis chaque trimestre, à partir de la seconde année d'études, à des interrogations dont le résultat est transmis aux facultés, pour qu'il en soit tenu compte dans les examens de doctorat.

Art. 6. — Les inscriptions d'officier de santé ne seront, en aucun cas, converties en inscriptions de doctorat pour les élèves en cours d'études; cette conversion pourra être autorisée en faveur des officiers de santé qui ont exercé la médecine pendant deux ans au moins.

Art. 7. — Les travaux pratiques de laboratoire, de dissection, et le stage dans les hôpitaux sont obligatoires.

Chaque période annuelle des travaux de laboratoire et de dissection comprend un semestre.

Le stage près des hôpitaux ne peut durer moins de deux ans.

Art. 8. — Les droits à percevoir des aspirants au doctorat en médecine sont fixés ainsi qu'il suit :

16 inscriptions à 32 fr. 50 (y compris le droit de bibliothèque			520 fr.
8 examens en épreuves, à 30 francs			240
8 certificats d'aptitudes, à 25 francs			200
Frais matériels de travaux pratiques.	1re année	60	160
	2e année	40	
	3e année	40	
	4e année	20	
Thèse			100
Certificat d'aptitude			40
Diplôme			100
Total			1360 fr.

Art. 9. — Tout candidat qui, sans excuse jugée valable par le jury, ne répond pas à l'appel de son nom le jour qui lui a été indiqué, est renvoyé à trois mois et perd le montant des droits d'examen qu'il a consignés.

Art. 10. — Les droits acquittés par les élèves des Facultés sont versés au Trésor public. Les droits d'inscription et de travaux pratiques acquittés par les élèves des écoles de plein exercice et des écoles préparatoires, sont versés dans les caisses municipales.

Art. 11. — Le présent décret recevra son exécution à dater du 1er novembre 1879. Les aspirants inscrits avant cette époque pourront choisir entre le nouveau mode d'examen et le mode antérieur. S'ils optent pour le mode nouveau, ils devront, dans tous les cas, subir toutes les épreuves établies par l'article 3 ci-dessus.

Le présent décret restera seul en vigueur à partir du 1er novembre 1885.

En somme, l'ancien régime est facultatif pour les étudiants actuellement en cours d'études, le nouveau est obligatoire pour les étudiants qui ont commencé au 1er novembre 1879 et restera seul en vigueur à partir du 1er novembre 1885.

Le stage dans les hôpitaux, qui primitivement (1841) n'était que d'une année, a été porté à deux ans par un décret du 18 juin 1862 : il commence après la huitième inscription et se termine après la seizième, le temps passé dans les hôpitaux en qualité d'externe ou d'interne compte comme stage. Pendant toute cette période, les inscriptions ne sont accordées aux élèves stagiaires que sur une attestation du chef de service ou du directeur de l'hôpital certifiant que l'élève, pendant le trimestre expiré, a rempli ses fonctions

avec zèle, exactitude et subordination, suivant la formule administrative.

2° **Officiers de santé.** — Les officiers de santé sont des médecins d'un ordre inférieur (Briand et Chaudé). En 1876, il existait en France 10 743 docteurs en médecine et 3633 officiers de santé; sur ce chiffre, le département de la Seine compte 1524 docteurs et 162 officiers de santé.

Les aspirants au titre d'officier de santé peuvent faire leurs études dans une faculté ou dans une école, et doivent justifier de 12 inscriptions dans une faculté ou une école de plein exercice depuis le 20 novembre 1875, ou bien de 14 dans une école préparatoire. La première inscription ne peut être prise avant dix-sept ans révolus; le titre de bachelier ès lettres n'est pas exigé, mais ils doivent présenter un certificat de grammaire délivré par la classe de quatrième d'un lycée. Dans les cas où ils n'ont pas ce certificat, ils doivent passer devant un jury spécial un examen dont voici les matières :

1° Version latine de la classe de quatrième;

2° Explication de trois textes, français, latin et grec, choisis dans les auteurs vus et expliqués dans la classe de quatrième;

3° Interrogations sur les grammaires française, latine et grecque;

4° Questions sur l'histoire et la géographie de la France.

5° Opérations usuelles d'arithmétique (Lutaud).

Une fois leurs études commencées, les aspirants au grade d'officier de santé subissent à la fin de chacune des deux premières années un examen dit de *fin d'année*

Le premier examen de fin d'année comprend : la physique, la chimie et l'histoire naturelle dans leurs applications à la médecine; — le second : l'anatomie et la physiologie.

Puis viennent trois examens dits *de réception*, qui ne peuvent être subis qu'après la 12e inscription.

Les matières de ces trois examens sont :

Premier examen : Anatomie et éléments de physiologie, pas de préparation anatomique.

Deuxième examen : Pathologie interne, pathologie externe, accouchements.

Troisième examen : Clinique interne, clinique externe, matière médicale et thérapeutique. Puis une composition écrite sur une question quelconque de pathologie interne ou externe.

Pour passer ce dernier examen, il faut avoir vingt et un ans révolus.

La totalité des sommes à débourser pour obtenir le titre d'officier de santé varie suivant que la réception a lieu dans une faculté ou une école préparatoire.

Pour une *faculté*, les frais sont fixés comme il suit :

12 inscriptions à 32 fr. 50 (y compris le droit de bibliothèque)	390 fr.
2 examens de fin d'année après les 4e et 8e inscriptions à 30 francs chacun	60 »
3 examens de fin d'étude (le premier à 60 francs, les deux autres à 70 francs chacun)	200 »
3 certificats d'aptitude à 40 francs	120 »
Diplôme	100 »
Total	870 fr.

Dans une *école préparatoire*, chaque inscription ne coûte que 30 francs, mais il y en a 14 au lieu de 12 ; d'un autre côté les examens de fin d'année sont gratuits ; le total des frais ne s'élève donc qu'à 840 francs, ainsi répartis :

14 inscriptions à 30 francs	420 fr.
3 examens de fin d'étude	200 »
3 certificats d'aptitude	120 »
Diplôme	100 »
Total	840 fr.

3° **Sages-femmes.**

Législation. — Extrait de la loi du 19 ventôse an XI.

Art. 30. — Outre l'instruction donnée dans les écoles de médecine, il sera établi dans l'hospice le plus fréquenté de chaque département un cours annuel et gratuit d'accouchement théorique et pratique, destiné particulièrement à l'instruction des sages-femmes.

Art. 31. — Les élèves sages-femmes devront avoir suivi au moins deux de ces cours, et vu pratiquer pendant neuf mois, ou pratiqué elles-mêmes les accouchements, pendant six mois dans un hospice ou sous la surveillance d'un professeur, avant de se présenter à l'examen.

Art. 32. — Elles seront examinées par les jurys, sur la théorie et la pratique des accouchements, sur les accidents qui peuvent les précéder, les accompagner et les suivre, et sur les moyens d'y remédier.

L'article 30 de la loi de ventôse a été complétée par l'ordonnance du 2 février 1823, ainsi conçu : « Dans les trois facultés de médecine, il est ouvert chaque année des cours d'accouchements où sont admises gratuitement toutes les femmes qui témoignent le désir d'apprendre à exercer la profession de sages-femmes. »

Les sages-femmes peuvent faire leurs études médicales dans une Faculté ou en suivant les cours qui se font dans l'hospice de chaque département.

Il existe deux classes de sages-femmes, les sages-femmes de *première classe* et les sages-femmes de *seconde classe*.

Les sages-femmes de *première classe* ne peuvent être reçues que dans une faculté, ce qui leur donne le droit d'exercer dans toute la France. L'élève sage-femme doit, avant de commencer ses études, fournir : 1° un certificat constatant qu'elle sait lire et écrire ; — 2° son acte de naissance, indiquant qu'elle a dix-huit ans au moins et trente-cinq ans au plus. Pour passer ces examens, elle doit prouver par un certificat d'assiduité qu'elle a suivi les cours théoriques et pratiques. Les droits à payer, d'après le décret du 22 août 1854, sont les suivants :

2 examens à 40 francs	80 fr.
Certificat d'aptitude	10 »
Visa du certificat	40 »
Total	130 fr.

Le certificat de capacité qu'on leur délivre doit être échangé à la Faculté de médecine de Paris, moyennant le versement de la somme de 25 francs, et donne ensuite le droit d'exercer sur tout le territoire français. Le certificat obtenu par les élèves sages-femmes qui sortent de la Maternité est, d'après un arrêté du 11 août 1857, assimilé au certificat d'aptitude de première classe.

Les sages-femmes de *seconde classe* doivent préalablement se conformer aux articles 30 et 31 du 19 ventôse, et suivre les cours institués dans l'hospice le plus fréquenté du département ; puis elles subissent un examen, non plus devant

un jury, mais dans les écoles préparatoires, sous la présidence d'un professeur de faculté (décret du 22 août 1854). Pour passer cet examen, elles doivent produire : 1° leur acte de naissance constatant qu'elles ont dix-huit ans au moins et trente-cinq au plus; — 2° un certificat indiquant les études faites suivant les articles 30 et 31 ; — 3° un certificat de bonnes vie et mœurs.

Les *droits* à payer, en dehors des frais d'examen, sont de 25 francs, ainsi répartis : certificat d'exactitude, 20 francs; visa du certificat, 5 francs.

4° Des médecins vétérinaires.

Les médecins vétérinaires qui ont obtenu leur diplôme et suivi les cours d'une des trois Ecoles spéciales, Alfort, Lyon ou Toulouse, ne peuvent exercer leur art que sur les animaux et pourraient être poursuivis, en vertu des articles 35 et 36, s'ils exerçaient illégalement la médecine. Quant à la question de savoir s'ils ont seuls le droit de traiter les animaux, elle a donné lieu à bien des discussions judiciaires, et sur ce point la jurisprudence est loin d'être fixée. Suivant Briand et Chaudé, il résulte de l'ensemble des arrêtés plus ou moins contradictoires rendus sur ce point : 1° que la profession de vétérinaire est libre et peut être exercée par le premier individu venu, sans aucune *condition* d'étude ou de diplôme; — 2° qu'il en est de même *pour* la préparation et la vente des médicaments pour les animaux ; — 3° que les vétérinaires même non brevetés peuvent préparer et vendre toutes sortes de médicaments destinés aux animaux, même en prenant les formules du Codex, pourvu que ces médicaments soient uniquement destinés aux animaux; s'ils en faisaient un autre usage, ils pourraient être poursuivis par les pharmaciens; — 4° que le vétérinaire peut être breveté ou non; — 5° que l'usurpation du titre de médecin-vétérinaire *breveté* ne donne lieu à aucune action pénale ni à une action civile, mais peut donner lieu à une action en dommages-intérêts *de la part des vétérinaires brevetés*.

Les vétérinaires sont, comme les médecins, assujettis à la *patente*, qui équivaut au 15e du montant de leur loyer.

EXERCICE DE LA MÉDECINE.

Loi du 19 ventôse an XI.

Législation. — Art. 24. — Les docteurs ou officiers de santé reçus suivant les formes établies dans les deux titres précédents seront tenus de présenter dans le délai d'un mois, après la fixation de leur domicile, les diplômes qu'ils auront obtenus au greffe du tribunal de première instance, et au bureau de la sous-préfecture de l'arrondissement dans lequel ces docteurs et officiers de santé voudront s'établir.

Art. 26. — Les sous-préfets adresseront l'extrait de l'enregistrement des anciennes lettres de réception, des anciens certificats et des nouveaux diplômes dont il vient d'être parlé, aux préfets qui dresseront et publieront les listes de tous les médecins et chirurgiens anciennement reçus, des docteurs et officiers de santé domiciliés dans l'étendue de leurs départements. Ces listes seront adressées par les préfets au ministre de l'intérieur, dans le dernier mois de chaque année.

Art. 27. — A compter de la publication de la présente loi, les fonctions de médecins et de chirurgiens jurés appelés par les tribunaux, celles des médecins et chirurgiens en chef dans les hospices civils, ou chargés par des autorités administratives de divers objets de salubrité publique, ne pourront être remplies que par des médecins et chirurgiens reçus suivant les formes anciennes, ou par des docteurs reçus suivant celles de la présente loi.

Art. 28. — Les docteurs reçus dans les écoles de médecine pourront exercer leur profession dans les communes de France, en remplissant les formalités prescrites par les articles précédents.

Art. 29. — Les officiers de santé ne pourront s'établir que dans le département où ils auront été examinés par le jury, après s'être fait enregistrer comme il vient d'être prescrit. Ils ne pourront pratiquer les grandes opérations chirurgicales que sous la surveillance et l'inspection d'un docteur, dans les lieux où celui-ci sera établi. Dans les cas d'accidents graves arrivés à la suite d'une opération exécutée hors de la surveillance et de l'inspection prescrite ci-dessus, il y aura recours à indemnité contre l'officier de santé qui s'en sera rendu coupable.

Art. 33. — Les sages-femmes ne pourront employer les instruments dans les cas d'accouchements laborieux, sans appeler un docteur ou un médecin, ou un chirurgien anciennement reçu.

Art. 34. — Les sages-femmes feront enregistrer leur diplôme au tribunal de première instance, à la sous-préfecture de l'arrondissement où elles s'établiront et où elles auront été reçues.

La liste des sages-femmes reçues pour chaque département sera dressée dans les tribunaux de première instance et par les préfets, suivant les formes indiquées aux articles 25 et 26 ci-dessus.

Le gouvernement pourra, s'il le juge convenable, accorder à un mé-

decin ou à un chirurgien étranger, et gradué dans les universités étrangères, le droit d'exercer la médecine et la chirurgie sur le territoire de la République.

Art. 35. — Six mois après la publication de la présente loi, tout individu qui continuerait d'exercer la médecine ou la chirurgie, ou de pratiquer l'art des accouchements sans être sur la liste dont il est parlé aux articles 25 et 26 et sans avoir de diplôme, de certificats ou de lettres de réception, sera poursuivi et condamné à une amende pécuniaire envers les hospices.

Art. 36. — Ce délit sera dénoncé aux tribunaux de police correctionnelle, à la diligence du commissaire du gouvernement (procureur de la République près les tribunaux).

L'amende pourra être portée jusqu'à 1000 francs pour ceux qui prendraient le titre et exerceraient la profession de docteur;

A 500 francs, pour ceux qui se qualifieraient d'officiers de santé et verraient des malades en cette qualité;

A 100 francs, pour les femmes qui pratiqueraient illicitement l'art des accouchements.

L'amende sera doublée en cas de récidive, et les délinquants pourront, en outre, être condamnés à un emprisonnement qui n'excédera pas six mois.

On voit que la loi de ventôse (art. 28 et 29) établit une distinction très nette entre les *docteurs* et les *officiers de santé*.

Les premiers peuvent exercer dans toute la France en toute liberté et sans prendre avis ou conseil de personne, s'ils le jugent convenable, même dans les cas les plus graves.

Les seconds ne peuvent : 1° exercer que dans le département pour lequel ils ont été reçus et où ils se sont établis; — 2° pratiquer aucune grande opération sans la présence et le concours d'un docteur. Nous avons vu (page 748) ce qu'on devait entendre par grande opération.

On ne comprend guère l'article de la loi qui oblige un officier de santé reçu et établi dans un département à passer de nouveaux examens pour pratiquer dans un autre département.

M. Lutaud fait remarquer que certains officiers de santé, profitant de la facilité avec laquelle on peut pour de l'argent se procurer un diplôme dans les facultés étrangères, se parent indécemment du titre de docteur. La Cour de

cassation ne considère pas ce procédé comme un délit, mais comme un acte de vanité seulement répréhensible. M. Roger Marvaise, pour parer à cet abus, a proposé un projet de loi qui, pris en considération (27 janvier 1877), sera probablement voté dans la première session de l'Assemblée législative. Ce projet est ainsi conçu :

Proposition de loi. — Art. 1er. — L'article 4 de la loi du 19 ventôse an XI, relative à l'exercice de la médecine, est modifié ainsi qu'il suit :

Le ministre de l'instruction publique peut accorder aux gradués des universités étrangères et aux médecins étrangers, sur le vu de leur titre, la dispense de la scolarité.

Un étranger ne peut être autorisé à exercer la médecine ou la chirurgie sur le territoire de la République qu'après avoir subi les examens probatoires prescrits par la loi française.

Art. 2. — Nul dans l'exercice de la profession médicale ne peut prendre le titre de docteur, s'il n'a obtenu ce titre devant une faculté française.

L'usurpation du titre de docteur est punie d'une amende de 50 francs à 1000 francs et d'un emprisonnement de six jours à six mois. L'article 463 du Code pénal est applicable.

Médecins étrangers. — Ces médecins, visés par l'article 1er du projet de loi que nous venons de citer, peuvent actuellement être admis à exercer en France au même titre que les docteurs français, soit en obtenant une permission du gouvernement, soit en passant les cinq examens de doctorat et la thèse ; ils sont dispensés des inscriptions. Ils peuvent également se faire recevoir officiers de santé en passant les examens exigés pour ce titre et ne peuvent exercer que dans le département pour lequel ils ont été reçus. Ajoutons qu'un Français n'est pas admis à faire valoir en France les études qu'il a pu faire à l'étranger ou les grades qu'il a pu obtenir ; ils ne sont valables que dans les cas où il a été retenu hors de France pour cause de service public (Briand et Chaudé).

Dans le cas où l'on refuse à un étranger l'autorisation d'exercer en France, il peut obtenir légalement le titre de docteur en passant les cinq examens de doctorat et la thèse (Lutaud).

Il est bon de faire remarquer encore que l'autorisation accordée par le gouvernement est toujours révocable.

Les officiers de santé ne peuvent exercer que dans le département pour lequel ils ont été reçus; s'ils veulent exercer ailleurs, il faut qu'ils subissent des examens de fin d'études et obtiennent un nouveau certificat d'aptitude. Il résulte cependant du décret du 24 août 1873 que, dans le cas où ils veulent changer de département, le ministre de l'instruction publique peut les dispenser des deux premiers examens de fin d'étude, mais ils doivent passer le troisième devant la faculté ou l'école préparatoire de laquelle relève le département où ils ont l'intention d'exercer (Briand et Chaudé).

Nous avons vu précédemment (page 748), au chapitre de la responsabilité médicale, dans quelles limites ils peuvent et doivent exercer la médecine.

La *sage-femme de première classe* peut exercer par toute la France, tandis que la sage-femme de la *seconde classe* ne peut, comme l'officier de santé, exercer que dans le département pour lequel elle a été reçue. Si elle veut exercer dans un département dépendant d'une des trois facultés, elle doit être reçue dans cette faculté.

Les sages-femmes, quel que soit leur titre, ne peuvent appliquer les instruments dans les accouchements difficiles et doivent requérir l'intervention d'un docteur. Quant au *seigle ergoté*, elles peuvent le prescrire quand elles le jugent nécessaire. « La loi, disait Danyau en 1850, n'interdit aux sages-femmes que l'application des instruments; par conséquent, elle leur laisse la libre prescription du seigle ergoté, comme de tous les autres médicaments; et l'interdiction aurait de graves inconvénients, car il est des moments qu'il faut mettre à profit pour employer utilement cette substance, dans les hémorrhagies notamment, et il importe que la sage-femme ait alors toute liberté d'action. » La Société de médecine légale, consultée sur ce point, n'accepta pas entièrement les conclusions de Danyau; mais il est bien établi actuellement que les sages-femmes peuvent employer le seigle ergoté et que les pharmaciens doivent en délivrer sur leur prescription.

Exercice illégal de la médecine. — En vertu de l'article 35 de la loi de ventôse, tout individu qui exerce *sans diplôme* la médecine ou une partie quelconque de la médecine peut être poursuivi et condamné à une amende, même quand il donne gratuitement ses soins à des indigents. Il n'est même pas nécessaire qu'il ait traité beaucoup de malades, qu'il en *fasse profession;* une seule opération chirurgicale réservée aux hommes de l'art constitue une infraction à la loi (Briand et Chaudé). L'exercice illégal de la médecine ne suppose pas seulement l'administration de soi-disant remèdes pouvant aggraver le mal ou tuer le malade; il comprend également les manœuvres, comme de simples frictions destinées à guérir des rhumatismes employées par des individus ne possédant aucun diplôme. « Toute immixtion, quelle qu'elle soit, dans l'art de guérir, disent Briand et Chaudé, toute prescription d'un remède interne ou externe, inoffensif ou non, constitue l'exercice illégal. »

Mais ici, il y a une distinction à établir : si l'individu exerce illégalement la médecine *sans usurper aucun titre*, il s'agit d'une simple contravention, la peine à prononcer est une peine de simple police, et, d'après l'article 446 du Code pénal, l'amende sera de 1 à 15 francs. Si au contraire l'individu a *usurpé le titre* de docteur, d'officier de santé ou de sage-femme, il y a une aggravation de peine, et l'amende peut être portée à 500 et 1000 francs (Lutaud).

En cas de récidive, l'amende est doublée, et, en vertu de l'article 36, le délinquant peut être en outre condamné à un emprisonnement qui ne dépassera pas six mois. Pour la simple contravention sans usurpation de titre, la récidive, la peine maximum ne peut dépasser les limites des peines de simple police et ne peut être, d'après les articles 464 et 466 du Code pénal, que de 15 francs d'amende et cinq jours de prison. Cette peine, très minime en apparence, peut acquérir cependant une certaine gravité, parce que chaque contravention entraine l'application d'une pénalité distincte et que l'amende avec ou sans la prison, doit être répétée autant de fois : ainsi un individu poursuivi pour dix cas d'exercice illégal de la médecine, sera condamné à dix amendes et, en cas de récidive, à cette même peine additionnée d'un cer-

tain nombre de jours de prison variable suivant l'appréciation du juge.

Lorsqu'un individu non diplômé s'abrite derrière un docteur pour exercer illégalement la médecine, le médecin qui sert de prête-nom peut être poursuivi, non comme complice, mais comme *co-auteur*, c'est-à-dire comme pratiquant illégalement la médecine (arrêt de la Cour de cassation du 17 décembre 1859). A ce fait assez singulier en lui-même, Briand et Chaudé donnent l'explication suivante : « Si le médecin qui prête son nom à un empirique ou à une somnambule, et qui abdique toute surveillance, signe d'avance ou sans les lire les ordonnances de l'empirique, c'est la confection de cette ordonnance, c'est sa remise au malade par l'empirique qui constitue de la part de celui-ci le fait d'exercice illégal: le médecin a participé directement à cette infraction à la loi, il est par conséquent co-auteur de la contravention. Si l'empirique ne délivre aucune ordonnance, il n'y en a pas moins, dans cette association, dans cette combinaison inventée pour tromper le public et éluder la loi, de la part du médecin qui le couvre de son nom, une coopération active au fait d'exercice illégal. »

L'*officier de santé* qui exerce hors du département pour lequel il a été reçu peut être poursuivi pour exercice illégal de la médecine, en vertu de l'article 35. S'il prend le titre de docteur, il usurpe un titre qui ne lui appartient pas et tombe sous le coup de l'article 36 (Trébuchet). Il semble cependant que sur ce point la jurisprudence ne soit pas bien établie. Ainsi la Cour de cassation (arrêt du 11 juin 1840) s'exprime ainsi : « Attendu que les articles 35 et 36 ont eu pour objet d'interdire l'exercice de la médecine.... à tous les individus qui, dépourvus de diplôme...., ne présentent aucune garantie de capacité; que dans sa partie pénale l'article 35 a eu pour but de réprimer ceux qui exerceraient sans titre; que l'article 36 a posé deux circonstances aggravantes, la première l'usurpation du titre et de l'exercice de la profession de docteur, la seconde l'usurpation du titre d'officier de santé et la visite des malades en cette qualité; d'où il suit que l'officier de santé pourvu de diplôme, qui prend le titre de docteur, commet un acte de vanité répré-

hensible, mais ne se rend pas passible de la pénalité édictée par le paragraphe 2 de l'article 36. » Le tribunal correctionnel de la Seine s'est prononcé dans le même sens (10 avril 1860).

Une femme qui exerce l'art des accouchements sans avoir le diplôme de sage-femme peut être condamnée à 100 francs d'amende; en cas de récidive, l'amende peut s'élever à 200 francs, avec addition de six mois de prison. Un homme, dans les mêmes conditions, c'est-à-dire s'il pratique illégalement l'art des accouchements, ne serait condamné une première fois qu'à la peine de la contravention (art. 35) et la seconde à 15 francs d'amende au plus et cinq jours de prison. « Cette pénalité sévère, disent Briand et Chaudé, s'explique par le désir du législateur de mettre un terme à cette pratique si fréquente des accouchements par des femmes dépourvues de toute espèce de titre. »

Les *sages-femmes* qui, en dehors des accouchements, se mêlent de faire de la médecine, peuvent être poursuivies en vertu de l'article 35 pour exercice illégal de la médecine : elles ne peuvent s'occuper que des maladies ayant trait à la grossesse ou à l'accouchement; elles peuvent soigner les accidents qui précèdent, accompagnent ou suivent ce dernier; elles n'ont pas le droit de traiter les maladies graves, nécessitant un traitement spécial, alors même qu'elles seraient la conséquence de l'accouchement ou de la grossesse (Briand et Chaudé). Leur enseigne ne devrait donc pas porter la mention : « Traitement et guérison de maladies des femmes. »

Ajoutons qu'un médecin peut se faire aider par un *élève* et le charger de donner à un malade des soins provisoires et urgents; mais il ne peut se faire remplacer par un étudiant en médecine, qui soignerait les malades en son absence. Cet élève pourrait être poursuivi pour exercice illégal de la médecine, et le médecin serait responsable civilement des condamnations prononcées contre son remplaçant.

Quant aux *empiriques* désignés dans les campagnes sous le nom de *renoueurs*, *rebouteurs*, *bailleuls*, ils sont passibles des peines édictées par les articles 35 et 36. Sur ce point, la

jurisprudence est formelle. « Doit être déclaré coupable d'exercice illégal de la chirurgie, dit la Cour de cassation (arrêt du 27 mai 1854), celui qui à diverses reprises a réduit des luxations ou fractures de membres sans être muni du diplôme exigé par la loi; que peu importe qu'en faisant ces opérations il n'ait agi que sur les instantes prières des personnes blessées et de leur famille, sans avoir jamais rien fait pour appeler leur confiance, qu'il ait constamment refusé tout salaire sous quelque forme que ce soit, et qu'enfin il ait agi par un motif d'humanité et de charité. »

L'*oculiste*, pour exercer, doit être pourvu d'un diplôme, comme le médecin; il en est de même de l'*officier de santé dentiste*, qui est soumis aux mêmes obligations que les autres officiers de santé.

Le *dentiste* ne peut être poursuivi pour exercice illégal de la médecine que s'il se livre à des opérations chirurgicales, il doit se renfermer dans l'exercice de sa profession.

C'est ainsi qu'en 1873 un dentiste qui, pour extraire une dent, avait employé du chloroforme dont l'administration avait été suivie de mort, fut condamné à deux amendes de 15 francs chacune pour l'exercice illégal de la médecine, à un mois de prison et à 500 francs d'amende pour homicide involontaire.

Les *pédicures* ne sont pas passibles des articles 35 et 36 de la loi de ventôse, parce qu'on ne peut les considérer comme exerçant l'art de guérir (Briand et Chaudé).

Les *pharmaciens* peuvent aussi être poursuivis pour exercice illégal de la médecine (Cass., 8 octobre 1819) : ils tombent sous le coup de la loi, lorsqu'ils font des visites, prescrivent des médicaments ou modifient d'une manière quelconque l'ordonnance d'un médecin (Paris, 26 mai 1870).

Le *magnétisme animal* employé par un docteur ou un officier de santé rentre dans la catégorie des moyens thérapeutiques, et la justice n'a pas à intervenir; il en est de même quand la personne magnétisée, en état de sonnambulisme, décrit l'état pathologique d'une personne qui vient consulter, à condition que ce soit un médecin qui prescrive les médicaments (Lyon, 9 mai 1851). Il faut, bien entendu, que,

dans ce cas, le médecin exerce sa profession et ne serve pas de prête-nom à un tiers, auquel cas il pourrait être poursuivi, sinon comme complice, du moins comme co-auteur ainsi que nous l'avons dit plus haut. Mais si l'individu qui emploie le magnétisme n'est ni médecin ni officier de santé, il y a exercice illégal de la médecine, passible des articles 35 et 36.

Les médecins ou les officiers de santé qui, pour attirer la confiance, emploient des moyens frauduleux ou mensongers peuvent être poursuivis pour escroquerie : ainsi des annonces mensongères par lesquelles un médecin vante sa méthode de traitement de certaines maladies et publie des certificats qu'il s'est fait délivrer à l'aide de moyens frauduleux et attestant mensongèrement des guérisons constituent le délit d'escroquerie (Briand et Chaudé).

Les médecins ont-ils le droit de poursuivre directement les faits d'exercice illégal de la médecine ou d'intervenir comme parties civiles dans les poursuites du ministère public ? — Il est aujourd'hui universellement reconnu « que le médecin, docteur ou officier de santé, pourvu d'un diplôme, a le droit soit de dénoncer le fait au ministère public et de se porter à l'audience correctionnelle partie civile, soit de poursuivre directement devant la police correctionnelle l'individu qui exerce illégalement l'art de guérir dans sa localité » (Briand et Chaudé). En agissant ainsi, le médecin n'intervient pas au même titre que le ministère public, c'est-à-dire comme exécuteur de la loi, mais en alléguant le préjudice qui lui est causé ; il faut, dans ce cas, qu'il habite la localité ou les localités voisines où exerce celui qu'il poursuit. Pour obtenir réparation du dommage, le médecin peut : dénoncer le fait au ministère public et intervenir aux débats ; — citer les délinquants directement en police correctionnelle ; — ou bien enfin les faire assigner devant le tribunal civil. Le premier mode est généralement préférable. Lorsque plusieurs médecins sont lésés par l'exercice illégal de la médecine que pratique un individu, ils peuvent agir isolément ou collectivement ; mais une association de médecins, une société médicale ou de secours mutuels ne pourrait intenter *en cette qualité* une

action de ce genre (Briand et Chaudé). En tout cas, il faut démontrer qu'il y a eu préjudice; le médecin ne peut intervenir uniquement pour faire exécuter la loi, rôle qui appartient au ministère public seul. Ajoutons que les médecins n'ont pas le droit de poursuivre la vente illégale des médicaments; cela regarde les pharmaciens seulement, puisqu'eux seuls ils sont lésés par le fait même de l'illégalité.

Du secret médical. — Le secret médical est non seulement un devoir sacré pour le médecin, mais encore une obligation formelle imposée par la loi. L'article 378 du *Code pénal* en effet est ainsi conçu :

Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 100 francs à 500 francs.

Les cas où la loi ordonne aux médecins de *se porter dénonciateurs* ont rapport aux crimes, complots, attentats quelconques contre le chef du gouvernement ou la sûreté de l'Etat, et encore, dans ces cas, le médecin n'est-il tenu que de révéler le fait en lui-même, sans dire les noms des auteurs ou des complices. Aussi, devant les tribunaux, le médecin cité comme témoin, ne doit-il parler que sur les *faits venus* à sa connaissance autrement que comme médecin ; *il doit* se taire sur toutes les questions se rattachant à un fait qu'il a connu *pendant l'exercice de sa profession.*

Cette obligation du secret médical ne doit pas l'empêcher de comparaitre en justice; il doit se présenter, sous peine d'être condamné comme témoin défaillant; mais c'est au moment où il est requis de prêter serment comme témoin qu'il doit déclarer les réserves qu'il entend apporter dans sa déposition, à raison des devoirs que lui impose le secret médical (Briand et Chaudé). S'il n'a pas fait ces réserves, parce qu'au premier abord l'interrogatoire ne les comportait pas, et si dans le cours de cet interrogatoire ou de l'affaire se présentent des faits qu'il ne doive pas révéler, le médecin doit invoquer le secret médical et refuser de les di-

vulguer, bien qu'il ait fait serment de dire toute la vérité.

Pour que l'article 378 soit applicable à un médecin, il faut qu'il y ait à la fois : 1° secret confié ; — 2° obligation par état pour le dépositaire de garder le secret ; — 3° révélation du secret ; — 4° intention mauvaise (Caen, 6 mai 1874). — « Pour être punissable, disent Briand et Chaudé, il faut donc que la révélation porte sur un fait *confié au médecin à raison de son état et de sa profession ;* mais, par là, on doit entendre non seulement les aveux et les déclarations du malade et des personnes qui l'entourent, mais encore toutes ces constatations médicales, qui, même à l'insu du malade, sont les conséquences de l'appel fait au médecin, et même ce qui pourrait être dit devant lui par les personnes qui entendent le malade. Il n'est pas indispensable que le fait ait été confié au médecin expressément et à titre de secret. » — « Entre le malade et le médecin, ajoute l'avocat général Quesnault, les confidences sur les causes de la maladie sont forcées, puisqu'elles peuvent seules mettre sur la voie de la guérison ; le dépôt du secret du malade dans la conscience du médecin est donc un dépôt nécessaire. » — Pour que le secret médical soit violé, il n'est pas nécessaire que le fait ait été divulgué à un grand nombre de personnes, il suffit qu'il ait été révélé à une seule (Cass., 21 novembre 1874). Le médecin peut toutefois le révéler avec l'autorisation de celui qui le lui a confié en secret : ici encore, il y a une réserve à faire, et Briand et Chaudé font remarquer que cette autorisation de parler n'affranchit pas complètement le médecin d'une poursuite ultérieure. Si le secret intéressait en même temps d'autres personnes qui n'auraient pas donné leur autorisation, celles-ci auraient le droit de se plaindre et de le poursuivre.

Ajoutons enfin qu'un médecin peut être poursuivi, en vertu de l'acte 378, dans une assignation à propos de payement d'honoraires, s'il indique qu'il a soigné son client d'une maladie qui doit rester secrète. C'est ainsi qu'en 1867 un médecin qui, dans une assignation par huissier, avait détaillé faussement et longuement les accidents syphilitiques dont était atteint son client, fut condamné par le tribunal de la Seine à un an d'emprisonnement, 500 francs d'amende,

aux dépens, à 1000 francs de dommages-intérêts et à la surveillance de la haute police pendant cinq ans.

Des honoraires des médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens. — Dans la rédaction de son mémoire d'honoraires, le médecin devra spécifier avec soin le nombre et la date des visites, ainsi que la nature des soins et des opérations, pour éviter toute contestation (Lutaud). Le prix des visites devra être basé sur la position de fortune du client et sur leur nombre; on pourra faire des réductions si les visites sont très nombreuses. En général, le traitement à forfait des affections médicales n'est guère accepté dans la profession médicale; pour un accouchement ou une opération chirurgicale, il n'en est pas de même, et il vaut mieux faire son prix d'avance; il en est de même lorsqu'un médecin est appelé en consultation en province ou dans un autre pays.

Cas dans lesquels les médecins sont considérés comme créanciers privilégiés pour le payement de leurs honoraires. — En vertu de l'article 210 du Code civil, « les créances privilégiées sur la généralité des meubles sont celles ci-après exprimées et s'exercent dans l'ordre suivant : 1° les frais de justice ; 2° les frais funéraires ; 3° les *frais quelconques de la dernière maladie*, concurremment entre ceux à qui ils sont dus, etc.; c'est-à-dire que les honoraires des médecins, pharmaciens, sages-femmes et gardes-malades *sont* payés après les frais de justice et les frais funéraires. Les frais de dernière maladie sont considérés comme une dette de la communauté, et doivent être supportés par moitié par chacun des époux (Briand et Chaudé), ou payés en entier par le survivant, même lorsqu'il y a eu séparation de biens, si le conjoint décédé est nécessiteux. Cette dette est également imputable aux héritiers.

Que doit-on entendre par la dernière maladie? — « Est-ce seulement la maladie à laquelle un individu a succombé, disent Briand et Chaudé; en sorte que le médecin ne serait privilégié que pour les honoraires dus à raison des soins donnés par lui pendant cette maladie? Ou bien est-ce la maladie la plus récente, la plus rapprochée de l'événement (décès qui peut arriver sans maladie, faillite ou déconfiture), qui donne

lieu à une contribution entre créanciers ; en sorte que le médecin serait toujours privilégié pour les visites faites par lui dans la maladie la plus récente ? » L'ancienne jurisprudence acceptait la première interprétation; la jurisprudence actuelle adopte plutôt la seconde (Dalloz, Duranton, Toullier).

Prescription des honoraires. — **Législation.** — Art. 2272. — L'action des médecins, chirurgiens ou apothicaires, pour leurs visites, opérations et médicaments, se prescrit par un an.

Art. 2274. — La prescription dans les cas ci-dessus a lieu, quoiqu'il y ait eu continuation de fournitures, livraisons, services et travaux.... Elle ne cesse de courir que lorsqu'il y a eu compte arrêté, cédule ou obligation, ou citation en justice non périmée.

Ainsi, au bout d'un an, il y a prescription, à moins que la dette ne soit constatée par un compte arrêté, une obligation émanant du débiteur ou une citation en justice avant l'expiration du délai (Briand et Chaudé). Ajoutons qu'une lettre du client répondant à l'invitation du médecin de payer ses honoraires qu'il passerait dans peu de temps est considérée comme une obligation de payer et interrompt la prescription (Cass., 11 juillet 1820). Pour que celle-ci soit acceptée par le tribunal, il ne suffit pas que le débiteur l'invoque ; il faut, si le requérant le désire, qu'il affirme par serment qu'il a payé ; s'il reconnait n'avoir pas payé, la prescription n'est pas applicable (Cass., 13 janvier 1872). S'il s'agit d'un héritier à qui le médecin vient réclamer après *plus d'un an* les honoraires dus par celui dont il vient d'hériter, cet héritier n'est pas tenu de payer, s'il affirme qu'il n'a pas eu connaissance de cette dette, même dans le cas où celle-ci est attestée par le survivant ou toute autre personne.

A partir de quel moment doit commencer à courir la prescription? — La loi est muette sur ce point, et la jurisprudence ne parait pas bien établie : suivant les uns (Bousquet, Vazeilles), la prescription commence à courir du jour où l'action est ouverte, c'est-à-dire du jour de chaque visite, et toute visite qui a plus d'un an de date doit être prescrite; la jurisprudence actuelle admet généralement que la prescription pour les *maladies aiguës* ne doit commencer que du jour de la

guérison, de la cessation des soins ou de la mort du malade; pour les *maladies chroniques*, de l'époque où il est d'usage général de se faire payer ces sortes de maladies (Mourlon, Boileux, Verger, Briand et Chaudé).

Donations faites aux médecins. — Législation. — *Code civil.* — Art. 909. — Les docteurs en médecine ou en chirurgie, les officiers de santé et les pharmaciens qui auront traité une personne pendant une maladie dont elle meurt, ne pourront profiter des dispositions entrevifs ou testamentaires qu'elle aura faites en leur faveur pendant le cours de cette maladie.

Sont exceptés : 1° les dispositions rémunératoires faites à titre particulier, eu égard aux facultés du disposant et aux services rendus : 2° les dispositions universelles, dans le cas de parenté, jusqu'au quatrième degré inclusivement, pourvu toutefois que le décédé n'ait pas d'héritier en ligne directe, à moins que celui au profit de qui la disposition a été faite ne soit lui-même du nombre de ces héritiers.

Art. 911. — « Toute disposition au profit d'un incapable sera nulle, soit qu'on la déguise sous la forme d'un contrat onéreux, soit qu'on la fasse sous le nom de personnes interposées. — Seront *réputés* personnes interposées les père et mère, les enfants et les descendants, et l'époux de la personne incapable. »

Suivant Briand et Chaudé, l'article 909 est également applicable : 1° aux *sages-femmes;* — 2° à ceux qui, n'ayant aucun titre légal, auraient donné des soins aux malades ; — 3° peut-être aussi aux gardes-malades, lorsque, comme cela arrive quelquefois, elles se mêlent de traiter les malades; il ne leur est pas applicable lorsqu'elles se contentent de leurs fonctions de gardes-malades, de même pour les pharmaciens qui n'ont fait qu'exécuter les ordonnances du médecin, mais n'ont pas soigné le défunt.

En créant pour le médecin traitant cette position anormale, « le législateur, dit M. Demolombe, a considéré que, après avoir garanti le mineur ou l'ex-mineur contre l'ascendant de celui qui est ou a été son tuteur, il n'était pas moins nécessaire de garantir le malade contre l'ascendant de ceux qui lui administrent les secours de l'art médical ou de la religion, durant sa dernière maladie.... Ce n'est pas que le législateur ait présumé que toute libéralité qui serait faite serait nécessairement le résultat d'un abus coupable de cette autorité; nous savons bien que l'on a souvent, dans notre

ancien droit et dans notre droit nouveau, expliqué ainsi l'incapacité du tuteur, de même que l'incapacité prononcée contre les médecins et les ministres du culte...; mais cette explication peut paraître excessive et justement blessante pour une classe très honorable de personnes. Ce que le législateur a voulu, c'est précisément écarter de ces situations les soupçons injurieux de ce genre. Il a considéré que ces libéralités, lors même qu'elles seraient l'expression libre de la volonté du disposant, pourraient paraître plus ou moins suspectes; qu'il y aurait là, d'ailleurs, des abus possibles qu'il importait de prévenir dans l'intérêt et pour l'honneur de tous; et sa disposition ainsi entendue, comme elle doit l'être à notre avis, est en effet préventive tout au moins autant que répressive. »

Suivant Legrand du Saulle, pour que les dons ou legs faits au médecin soient déclarés nuls en vertu de l'article 909, il faut :

1° Que le médecin ait soigné le donataire ou le légataire dans sa dernière maladie; les médecins qui n'ont fait que quelques visites ou n'ont été appelés qu'en consultation ne sont pas incapables de recevoir;

2° Que ces dons ou ces legs aient été faits pendant le cours de la maladie; les libéralités faites avant ou après la maladie sont parfaitement valables;

3° Que le disposant soit mort de cette maladie : s'il guérit, la donation est et demeure valable, bien que le même médecin eût soigné le malade dans une nouvelle maladie dont celui-ci serait mort.

Si une seule de ces circonstances vient à manquer, la disposition est valable (Grenoble, 16 janvier 1814; Cass., 12 janvier 1833).

Ainsi donc, disent Briand et Chaudé, « sera valable la libéralité faite en l'état de santé en faveur du médecin, lors même qu'il vous aurait soigné antérieurement et qu'il vous soignerait encore pendant la dernière maladie; sera valable également la libéralité faite pendant la dernière maladie au médecin qui donnait ses soins si la mort est le résultat d'un accident et non de la maladie, car la loi annule seulement les libéralités faites par une personne pendant la maladie

dont elle meurt, ce qui conduit à ce résultat singulier que le legs fait pendant la maladie est nul si le testateur meurt de cette maladie, mais qu'il est valable s'il meurt pendant sa maladie, frappé d'un coup de feu, ou dans un incendie, un naufrage, etc. Enfin, la libéralité faite pendant la maladie au médecin, nulle si le malade meurt, est valable s'il revient à la santé. » Il y a dans cette loi des dispositions singulières, dues à la confusion faite entre les donations et les testaments; mais nous n'avons pas à entrer dans les discussions qui ont été soulevées à ce sujet.

Le médecin peut recevoir un don du malade, mais à *titre particulier*, parce que, sous cette forme, on peut en déterminer facilement le *quantum;* il faut de plus que ce don soit fait à titre *rémunératoire.*

Le médecin ne peut même pas recevoir *indirectement* un don du malade qu'il a soigné dans sa dernière maladie, et la loi déclare nulle la donation faite sous le voile d'un contrat onéreux, c'est-à-dire un contrat dans lequel le donateur est faussement réputé avoir donné un équivalent pécuniaire (Briand et Chaudé).

La loi n'accepte pas davantage la libéralité faite sous le nom d'une personne *interposée*, c'est-à-dire que le médecin ne peut substituer à sa place un tiers qui a pris l'engagement de lui restituer la libéralité ou les donations qui lui auront été faites par le malade; la loi regarde la donation comme si elle avait été faite directement à l'incapable et la considère comme nulle; elle admet même contre certains membres de la famille du médecin une présomption de supposition de personnes, en raison du degré de parenté; ces personnes naturellement réputées interposées sont : 1° le père ou la mère du médecin; — 2° ses enfants ou ses descendants; — 3° sa femme.

Que doit-on entendre par *dernière maladie?* Pour les maladies aiguës qui ont une évolution régulière et se terminent par la mort, il n'y a pas de difficulté; il n'en est plus de même pour les affections chroniques, qui affectent une marche plus ou moins capricieuse, avec des rémissions, des apparences de guérison, des périodes de suspension plus ou moins longues, avec des rechutes plus ou moins graves.

La loi ne donne pas de définition de la dernière maladie; suivant certains jurisconsultes, la période d'incapacité fixée par le Code civil ne commence qu'au moment où l'état du malade s'est tellement aggravé que la mort est imminente et prochaine. « Ce que le législateur a eu en vue, disent-ils, c'est l'homme dont on peut dire qu'il est tombé pour ne plus se relever; c'est le malade courbé sous la force du mal, entrevoyant déjà la mort et aux prises avec elle, chez lequel la vigueur de l'âme, le ressort de la volonté se sont brisés sous l'effet de la maladie, qui doit avoir un terme fatal; c'est le malade livré sans défense aux influences qui souvent s'exercent sur son esprit affaibli..... La maladie chronique n'est pas, à proprement parler, une maladie; c'est plutôt une affection; elle peut durer de longues années, elle peut même faire sentir ses effets pendant la vie tout entière, et l'on voudrait priver un homme atteint d'une pareille maladie du droit de disposer; il ne pourrait à aucune époque, longtemps même avant l'époque fatale, alors qu'il jouit de toute la liberté de son esprit, faire une libéralité à l'ami et au médecin qui lui a prodigué ses soins! » (Briand et Chaudé). « Evidemment, dit M. Valette, la loi n'a pu entendre par la dernière maladie un état qui a duré plusieurs années et même peut-être une grande partie de la vie du débiteur, mais seulement la maladie qui se rattache à la mort d'une manière immédiate et déterminante. » Cette théorie n'a pas été acceptée, et pour la jurisprudence actuelle la dernière maladie est « cette altération fatale de la santé qui conduit irrémissiblement à la mort; la maladie chonique peut, comme la maladie aiguë, constituer la dernière maladie, à la condition qu'elle se caractérise assez énergiquement pour qu'on soit certain que l'on marche vers la mort. » (Briand et Chaudé.) Dans tous les cas, ajoute M. Chaudé, quelle que soit la cause de la mort, la seule question à examiner est celle-ci : A quelle maladie a succombé le disposant, à quelle époque la maladie a-t-elle pris un caractère de gravité qui rende la mort inévitable?

Le médecin qui soigne sa femme dans une maladie dont elle meurt peut-il en hériter? — D'après l'article 909, il ne pourrait hériter, mais la jurisprudence s'est prononcée contre

cette interprétation, et l'on admet que, dans ces conditions le survivant agit plutôt comme époux que comme médecin, puisque l'article 212 du Code civil ordonne au mari de secourir sa femme et conséquemment de la soigner (Toullier, Duranton, Troplong).

De la patente des médecins. — La patente à laquelle sont assujettis les médecins en vertu de la loi de brumaire an VII fut supprimée en 1844, puis rétablie par la loi du 18 mai 1850; il est actuellement question de la supprimer. Elle est calculée sur l'ensemble de la valeur locative de l'appartement qu'habite le médecin, et consiste en un droit proportionnel au 15e du prix de la location. Cette patente est due non seulement dans tous les endroits où exerce le médecin, mais encore là où il a son principal établissement, alors même qu'il n'y exercerait pas (Briand et Chaude). Pour être soumis à la patente, il faut, bien entendu, que le médecin exerce sa profession; ainsi un docteur, tout en conservant son titre, cessera de payer patente, s'il établit qu'il a cessé de pratiquer ou ne pratique plus qu'exceptionnellement dans les cas d'urgence.

Le médecin qui, dans les cas où la loi l'autorise, fournit les médicaments à ses malades, n'est pas tenu de payer la patente de pharmacien.

Les *sages-femmes* ne payent pas patente, à moins qu'elles ne reçoivent des pensionnaires, auquel cas elles sont imposables comme chefs de maison d'accouchement.

Le médecin placé à la tête d'un asile public d'aliénés ne paye pas patente, s'il n'exerce pas en dehors de l'établissement, parce qu'on le considère comme fonctionnaire public.

Vente de clientèle. — Un médecin peut-il vendre sa clientèle? Cette question a soulevé bien des discussions, et sur ce point les avis sont partagés. Suivant les uns, une clientèle ne peut se comparer à un établissement commercial, c'est une question de confiance dans le médecin qui exerce, et cette confiance ne peut se vendre. Suivant les autres, en réalité, le médecin qui se retire ne vend pas sa clientèle, mais prend l'engagement : 1° de ne plus exercer dans la même localité que son remplaçant; 2° de le présenter et de

le recommander à ses clients, qui sont du reste parfaitement libres de prendre un autre médecin. Il y a une véritable obligation morale, une convention légale parfaitement admise et reconnue par la loi, qui peut intervenir si l'un des deux contractants manque à ses engagements, dans le cas par exemple où le cédant continue à exercer dans la localité, ou bien si son remplaçant refuse de payer la somme convenue.

CHAPITRE III

LOIS, DÉCRETS ET ORDONNANCES RÉGISSANT L'EXERCICE DE LA PHARMACIE.

MM. Briand et Chaudé ont réuni dans leur ouvrage les principaux décrets, ordonnances ou arrêtés relatifs à cette question, et nous ne pouvons mieux faire que de les reproduire ici d'après eux.

Législation. — Les dispositions générales qui régissent l'enseignement et l'exercice de la pharmacie sont contenues dans la loi du 21 germinal an XI (11 avril 1803) complétée par l'arrêté du 25 thermidor an XI (18 août 1803).

Loi du 21 germinal an XI (11 avril 1803), *contenant organisation des Ecoles de pharmacie.*

TITRE Ier. — ORGANISATION DES ÉCOLES DE PHARMACIE.

ART. 1er. Il sera établi une école de pharmacie à Paris, à Montpellier, à Strasbourg, et dans les villes où seront placées les trois autres écoles de médecine, suivant l'article 25 de la loi du 11 floréal an X.

ART. 2. Les écoles de pharmacie auront le droit d'examiner et de recevoir, pour toute la République, les élèves qui se destineront à la pratique de cet art; elles seront de plus chargées d'en enseigner les principes et la théorie dans des cours publics, d'en surveiller l'exercice, d'en dénoncer les abus aux autorités et d'en étendre les progrès.

ART. 3. Chaque école de pharmacie ouvrira, tous les ans et à ses frais, au moins trois cours expérimentaux, l'un sur la botanique et

l'histoire naturelle des médicaments, les deux autres sur la pharmacie et la chimie.

Art. 4. Il sera pourvu par des règlements d'administration publique à l'organisation des écoles de pharmacie, à leur administration, à l'enseignement qui y sera donné, ainsi qu'à la fixation de leurs dépenses et au mode de leur comptabilité.

Art. 5. Les donations et fondations relatives à l'enseignement de la pharmacie pourront être acceptées par les préfets, au nom des écoles de pharmacie, avec l'autorisation du gouvernement.

TITRE II. — Des élèves en pharmacie et de leur discipline.

Art. 6. Les pharmaciens des villes où il y aura des écoles de pharmacie feront inscrire les élèves qui demeureront chez eux, sur un registre tenu à cet effet dans chaque école; il sera délivré à chaque élève une expédition de son inscription, portant ses nom, prénoms, pays, âge et domicile; cette inscription sera renouvelée tous les ans.

Art. 7. Dans les villes où il n'y aura point d'écoles de pharmacie, les élèves domiciliés chez les pharmaciens seront inscrits sur un registre tenu à cet effet par les commissaires généraux de police ou par les maires. (Voyez le décret du 15 février 1860.)

Art. 8. Aucun élève ne pourra prétendre à se faire recevoir pharmacien, sans avoir exercé pendant huit années au moins son art dans des pharmacies légalement établies. Les élèves qui auront suivi pendant trois ans les cours donnés dans une école de pharmacie ne seront tenus, pour être reçus, que d'avoir résidé trois autres années dans ces pharmacies.

Art. 9. Ceux des élèves qui auront exercé pendant trois ans comme pharmaciens de deuxième classe, dans les hôpitaux militaires ou dans les hospices civils, seront admis à faire compter ce temps dans les huit années exigées.

Ceux qui auront exercé dans les mêmes lieux, mais dans un grade inférieur, pendant au moins deux années, ne pourront faire compter ce temps, quel qu'il soit, que pour deux années.

Art. 10. Les élèves payeront une rétribution annuelle pour chaque cours qu'ils voudront suivre dans les écoles de pharmacie; cette rétribution, dont le maximum sera de 36 francs par chacun des cours, sera fixée pour chaque école par le gouvernement. (Ces trois articles ont été modifiés par le décret du 22 août 1854.)

TITRE III. — Du mode et des frais de réception des pharmaciens.

Art. 11. L'examen et la réception des pharmaciens seront faits soit dans les six écoles de pharmacie, soit par les jurys établis dans chaque département pour la réception des officiers de santé, par les

ticle 16 de la loi du 19 ventôse an XI (modifié par le décret du 22 août 1854).

Art. 12. Aux examinateurs désignés par le gouvernement pour les examens dans les écoles de pharmacie, il sera adjoint, chaque année, deux docteurs en médecine ou en chirurgie, professeurs des écoles de médecine; le choix en sera fait par les professeurs de ces écoles (*Id.*).

Art. 13. Pour la réception des pharmaciens par les jurys de médecine, il sera adjoint à ces jurys, par le préfet de chaque département, quatre pharmaciens légalement reçus, qui seront nommés pour cinq ans et qui pourront être continués. A la troisième formation des jurys, les pharmaciens qui en font partie ne pourront être pris que parmi ceux qui auront été reçus dans l'une des écoles de pharmacie créées par la présente loi (*Id.*).

Art. 14. Ces jurys pour la réception des pharmaciens ne seront point formés dans les villes où seront placées les écoles de pharmacie (*Id.*).

Art. 15. Les examens seront les mêmes dans les écoles et devant les jurys. Ils seront au nombre de trois : deux de théorie, dont l'un sur les principes de l'art, et l'autre sur la botanique et l'histoire naturelle des drogues simples; le troisième, de pratique, durera quatre jours et consistera dans au moins neuf opérations chimiques ou pharmaceutiques désignées par les écoles ou les jurys. L'aspirant fera lui-même ces opérations; il en décrira les matériaux, les procédés et les résultats.

Art. 16. Pour être reçu, l'aspirant, âgé au moins de vingt-cinq ans accomplis, devra réunir les deux tiers des suffrages des examinateurs. Il recevra, des écoles ou des jurys, un diplôme qu'il présentera à Paris au préfet de police, et dans les autres villes au préfet du département, devant lequel il prêtera le serment d'exercer son art avec probité et fidélité. Le préfet lui délivrera, sur son diplôme, l'acte de prestation du serment.

Art. 17. Les frais d'examen sont fixés à 900 francs dans les écoles de pharmacie, à 200 francs pour les jurys. Les aspirants seront tenus de faire, en outre, les dépenses des opérations et des démonstrations qui devront avoir lieu dans le dernier examen (modifié par le décret du 22 août 1854).

Art. 18. Le produit de la rétribution des aspirants pour leurs études et leurs examens dans les écoles de pharmacie sera employé aux frais d'administration de ces écoles, ainsi qu'il sera réglé par le gouvernement, conformément à l'article 4 ci-dessus.

Art. 19. Le même règlement déterminera le partage de la rétribution payée par les pharmaciens pour leur réception dans les jurys, entre les membres de ces jurys.

Art. 20. Tout mode ancien de réception dans les lieux et suivant les usages étrangers à ceux qui sont prescrits par la présente loi est interdit et ne donnera aucun droit d'exercer la pharmacie.

TITRE IV. — De la police de la pharmacie.

Art. 21. Dans le délai de trois mois après la publication de la présente loi, tout pharmacien ayant officine ouverte sera tenu d'adresser copie légalisée de son titre, à Paris au préfet de police, et dans les autres villes au préfet du département.

Art. 22. Ce titre sera également produit par les pharmaciens, et dans les délais indiqués, aux greffes des tribunaux de première instance dans le ressort desquels se trouve placé le lieu où les pharmaciens sont établis.

Art. 23. Les pharmaciens reçus dans une des écoles de pharmacie pourront s'établir et exercer leur profession dans toutes les parties du territoire de la république.

Art. 24. Les pharmaciens reçus par les jurys ne pourront s'établir que dans l'étendue du département où ils auront été reçus.

Art. 25. Nul ne pourra obtenir de patente pour exercer la profession de pharmacien, ouvrir une officine de pharmacie, préparer, vendre ou débiter aucun médicament, s'il n'a été reçu suivant les formes voulues jusqu'à ce jour, ou s'il ne l'est dans une des écoles de pharmacie, ou par l'un des jurys, suivant celles qui sont établies par la présente loi, et après avoir rempli toutes les formalités qui y sont prescrites. (Modifié par le décret du 22 août 1854.)

Art. 26. Tout individu qui aurait une officine de pharmacie actuellement ouverte sans pouvoir faire preuve du titre légal qui lui en donne le droit sera tenu de se présenter sous trois mois, à compter de l'établissement des écoles de pharmacie ou des jurys, à l'une de ces écoles ou à l'un de ces jurys, pour y subir les examens et y être reçu.

Art. 27. Les officiers de santé établis dans les bourgs, villages ou communes où il n'y aurait pas de pharmaciens ayant officine ouverte, pourront, nonobstant les deux articles précédents, fournir des médicaments simples ou composés aux personnes près desquelles ils seront appelés, mais sans avoir le droit de tenir une officine ouverte.

Art. 28. Les préfets feront imprimer et afficher, chaque année, la liste des pharmaciens établis dans les différentes villes de leur département; ces listes contiendront les noms, prénoms des pharmaciens, les dates de leur réception et les lieux de leur résidence.

Art. 29. A Paris, et dans les villes où seront placées les nouvelles écoles de pharmacie, deux docteurs et professeurs des écoles de médecine, accompagnés des membres des écoles de pharmacie et assistés d'un commissaire de police, visiteront, au moins une fois l'an, les officines et magasins des pharmaciens et droguistes, pour vérifier la bonne qualité des drogues et médicaments simples et composés. Les pharmaciens et droguistes seront tenus de représenter les drogues et compositions qu'ils auront dans leurs magasins, officines et laboratoires. Les drogues mal préparées ou détériorées seront saisies à l'instant par le com-

nissaire de police, et il sera procédé ensuite conformément aux lois et règlements actuellement existants.

Art. 30. Les mêmes professeurs en médecine et membres des écoles de pharmacie pourront, avec l'autorisation des préfets ou maires, et assistés d'un commissaire de police, visiter et inspecter les magasins de drogues, laboratoires et officines des villes placées dans le rayon de dix lieues où sont établies les écoles, et se transporter dans tous les lieux où l'on fabriquera et débitera, sans autorisation légale, des préparations ou compositions médicinales. Les maires et adjoints, ou, à leur défaut, les commissaires de police, dresseront procès-verbal de ces visites, pour, en cas de contravention, être procédé contre les délinquants conformément aux lois antérieures.

Art. 31. Dans les autres villes ou communes, les visites indiquées ci-dessus seront faites par les membres des jurys de médecine, réunis aux quatre pharmaciens qui leur sont adjoints par l'article 13. (Abrogé par le décret du 23 mars 1859.)

Art. 32. Les pharmaciens ne pourront livrer et débiter des préparations médicinales ou drogues composées quelconques, que d'après la prescription qui en sera faite par des docteurs en médecine ou en chirurgie, ou par des officiers de santé, et sur leur signature. Ils ne pourront vendre aucun remède secret; ils se conformeront, pour les préparations et compositions qu'ils devront exécuter et tenir dans leurs officines, aux formules insérées et décrites dans les Dispensaires ou Formulaires qui ont été rédigés ou qui le seront dans la suite par les écoles de médecine. Ils ne pourront faire, dans les mêmes lieux ou officines, aucun autre commerce ou débit que celui des drogues ou préparations médicinales.

Art. 33. Les épiciers et droguistes ne pourront vendre aucune composition ou préparation pharmaceutique, sous peine de 500 fr. d'amende. Ils pourront continuer de faire le commerce en gros des drogues simples, sans pouvoir néanmoins en débiter aucune au poids médicinal.

Art. 34 et 35, sur les substances vénéneuses, abrogés par la loi du 19 juillet 1845 et l'ordonnance du 29 octobre 1846.

Art. 36. Tout débit au poids médicinal, toute distribution de drogues et préparations médicamenteuses sur des théâtres ou étalages, dans les places publiques, foires et marchés, toute annonce et affiche imprimée qui indiquerait des remèdes secrets, sous quelque dénomination qu'ils soient présentés, sont sévèrement prohibés. Les individus qui se rendraient coupables de ce délit seront poursuivis par mesure de police correctionnelle et punis conformément à l'article 83 du Code des délits et des peines.

Art. 37. Nul ne pourra vendre à l'avenir des plantes ou des parties de plantes médicinales indigènes, fraîches ou sèches, ni exercer la profession d'herboriste, sans avoir subi auparavant, dans une des écoles de pharmacie, ou par-devant un jury de médecine, un examen qui prouve qu'il connaît exactement les plantes médicinales, et sans avoir payé

une rétribution qui ne pourra excéder 50 fr. à Paris et 30 fr. dans les autres départements, pour les frais de cet examen. Il sera délivré aux herboristes un certificat d'examen par l'école ou le jury par lesquels ils seront examinés, et ce certificat devra être enregistré à la municipalité du lieu où ils s'établiront. (Modifié par le décret du 22 août 1834.)

Art. 38. Le gouvernement chargera les professeurs des écoles de médecine, réunis aux membres des écoles de pharmacie, de rédiger un *Codex* ou Formulaire, contenant les préparations médicinales et pharmaceutiques qui devront être tenues par les pharmaciens. Ce formulaire devra contenir des préparations assez variées pour être appropriées à la différence du climat et des productions des diverses parties du territoire français; il ne sera publié qu'avec la sanction du gouvernement et d'après ses ordres.

Arrêté du gouvernement, du 25 thermidor an XI (13 août 1803), contenant règlement sur les Écoles de pharmacie.

TITRE Ier. — Composition et administration des écoles.

Ce titre a été complètement modifié par les lois et ordonnances postérieures.

TITRE II. — Instruction.

Art. 11. Chaque école de pharmacie ouvrira tous les ans quatre cours, savoir :

Le premier, sur la botanique;

Le second, sur l'histoire naturelle des médicaments;

Le troisième, sur la chimie;

Le quatrième, sur la pharmacie.

Chacun des trois premiers sera spécialement applicable à la science pharmaceutique. Les deux premiers pourront être faits par le même professeur.

(Les articles 12 à 22 sont relatifs à la nomination et au traitement des professeurs, à l'inscriptiou des élèves et aux certificats qui leur sont accordés.)

TITRE III. — Réceptions. — 1° *Dans les Écoles.*

Art. 23. Lorsqu'un élève voudra se faire recevoir, il se munira des certificats de l'école où il aura étudié, et des pharmaciens chez lesquels il aura pratiqué son art, ainsi que d'une attestation de bonnes vie et mœurs, signée de deux citoyens domiciliés et de deux pharmaciens reçus légalement : il y joindra son extrait de naissance, pour prouver qu'il a vingt-cinq ans accomplis, et une demande écrite.

Art. 24. L'école, dans sa plus prochaine assemblée, délibérera sur la demande de l'aspirant, et d'après le rapport du directeur, si elle juge les certificats suffisants, elle lui indiquera un jour pour commencer ses examens. Extrait de cette délibération lui sera remis par écrit, et il en sera donné avis par le directeur de l'école, dans les vingt-quatre heures, aux deux professeurs des écoles de médecine désignés pour les examens.

Art. 25. L'intervalle entre chaque examen sera au plus d'un mois. Ces examens seront publics; ils n'auront lieu qu'après le dépôt, fait à la caisse de l'école, de la somme fixée pour chacun d'eux. Dans le premier, l'aspirant justifiera de ses connaissances dans la langue latine. (Modifié par le décret du 22 août 1854.)

Art. 26. Dans lesdits examens, l'aspirant sera interrogé par les deux professeurs de l'école de pharmacie; ces derniers alterneront à cet effet.

Art. 27. Chaque examen fini, tous les membres présents procéderont au scrutin, dont le dépouillement sera fait par le directeur, qui en annoncera le résultat à l'assemblée et au candidat. Pour être admis, il faudra avoir réuni au moins les deux tiers des suffrages des présents à l'acte.

Art. 28. Dans le cas où le candidat n'aurait pas réuni les suffrages, il sera tenu de subir de nouveau son examen; mais il ne pourra se présenter qu'au bout de trois mois.

Si, à cette seconde épreuve, il n'a pas encore réuni les suffrages, il sera ajourné à un an; il ne pourra même se représenter à une autre école qu'après ce délai expiré. — (Art. 21 du règlement du 5 février 1841. Il faut, dans ce dernier cas, une autorisation expresse du conseil royal de l'instruction publique.)

Art. 29. Cet article est aujourd'hui remplacé par l'article 21 de l'arrêté du 5 février 1851 : Lorsqu'un candidat aura soutenu tous ses examens, les différentes notes qu'il aura obtenues seront transmises à la plus prochaine assemblée de l'école, qui, après en avoir délibéré, accordera, s'il y a lieu, le certificat d'aptitude. — Le droit de diplôme sera acquitté à la caisse de chaque école.

Art. 31. Les frais pour les examens seront fixés, savoir : pour chacun des deux premiers à 200 fr., pour le troisième à 500 fr. Les frais des opérations exigées des aspirants, et qui sont à leur charge, suivant l'article 17 de la loi du 21 germinal an XI, ne pourront excéder 300 fr. (Modifié par le décret du 22 août 1854.)

2° *Dans les jurys.* (Abrogé par le décret du 22 août 1854.)

TITRE IV. — Police. — 1° *Élèves.*

Art. 37. Il sera tenu au bureau d'administration de chaque école un registre sur lequel s'inscriront les élèves attachés aux pharmaciens des villes où il y aura des écoles établies. Extrait de cette inscription leur sera remis, signé par l'administration.

Art. 38. Aucun élève ne pourra quitter un pharmacien sans l'avoir averti huit jours d'avance.

Il sera tenu de lui demander un acte qui constate que l'avertissement a été donné; en cas de refus du pharmacien, l'élève fera sa déclaration au directeur de l'école et au commissaire de police, ou au maire qui l'aura inscrit. (Voy. le décret du 15 février 1860).

Art. 39. L'élève qui sortira de chez un pharmacien ne pourra entrer dans une autre pharmacie qu'en faisant sa déclaration à l'école de pharmacie et au commissaire de police, ou au maire qui l'aura inscrit. (*Idem.*

2° *Pharmaciens.*

Art. 40. Les pharmaciens qui voudront former un établissement dans les villes où il y aura une école autre que celle où ils auront obtenu leur diplôme seront tenus d'en informer l'administration de l'école, à laquelle ils présenteront leur acte de réception, en même temps qu'ils le produiront aux autorités compétentes.

Art. 41. Au décès d'un pharmacien, la veuve pourra continuer de tenir son officine ouverte pendant un an, aux conditions de présenter un élève âgé au moins de vingt-deux ans à l'école, dans les villes où il en sera établi, au jury de son département s'il est rassemblé, ou aux quatre pharmaciens agréés au jury par le préfet, si c'est dans l'intervalle des sessions de ce jury.

L'école ou le jury, ou les quatre pharmaciens agréés, s'assureront de la moralité et de la capacité du sujet, et désigneront un pharmacien pour diriger et surveiller toutes les opérations de l'officine.

L'année révolue, il ne sera plus permis à la veuve de tenir sa pharmacie ouverte.

Visite et inspection des pharmaciens.

Art. 42. Il sera fait au moins une fois par an, conformément à la loi, des visites chez les pharmaciens, les droguistes et les épiciers.

A cet effet, le directeur de l'école de pharmacie s'entendra avec celui de l'école de médecine pour demander aux préfets des départements, et à Paris au préfet de police, d'indiquer le jour où les visites pourront être faites, et de désigner le commissaire qui devra y assister.

Il sera payé, pour les frais de ces visites, 6 fr. par chaque pharmacien, et 4 fr. par chaque épicier et droguiste, conformément à l'article 16 des lettres patentes du 10 février 1780.

Des herboristes.

Art. 43. Dans les départements où seront établies des écoles de pharmacie, l'examen des herboristes sera fait par le directeur, le professeur de botanique et l'un des professeurs de médecine.

Cet examen aura pour objet la connaissance des plantes médicinales, les précautions nécessaires pour leur dessiccation et leur conservation. Les frais de cet examen, fixés à 50 fr. à Paris, et à 30 fr. dans les autres écoles, ainsi que dans les jurys, seront partagés également entre les examinateurs des écoles ou des jurys. (Modifié par le décret du 22 août 1854.)

Art. 44. Dans les jurys, l'examen sera fait par l'un des docteurs en médecine ou chirurgie et deux des pharmaciens adjoints au jury; la rétribution sera la même pour chacun des examinateurs. (*Id.*)

Art. 45. Il sera délivré à l'herboriste reçu dans les écoles un certificat d'examen, signé de trois examinateurs, lequel sera enregistré, ainsi qu'il est prescrit par la loi.

Dans les jurys, ce certificat sera signé par tous les membres du jury.

Art. 46. Il sera fait annuellement des visites chez les herboristes par le directeur et le professeur de botanique, et l'un des professeurs de l'école de médecine, dans les formes voulues par l'article 29 de la loi.

Dans les communes où ne sont pas situées les écoles, ces visites seront faites conformément à l'article 31 de la loi.

Décret du 27 mars 1859, relatif à l'inspection des officines des pharmaciens et des magasins des droguistes.

Vu les lois des 16-24 août 1790 et 19-22 juillet 1791; vu les lois des 19 ventôse et 21 germinal an XI; vu l'arrêté du 25 thermidor même année; vu les lois annuelles du budget des recettes; vu la loi du 14 juin 1854 et le décret portant règlement d'administration publique du 22 août suivant, le conseil d'État entendu :

Art. 1er. L'inspection des officines des pharmaciens et des magasins des droguistes précédemment exercée par les jurys médicaux est attribuée au conseil d'hygiène publique et de salubrité; la visite en sera faite au moins une fois par année, dans chaque arrondissement, par trois membres de ces conseils désignés spécialement par arrêté du préfet. — Art. 2. Les écoles supérieures de pharmacie de Paris, de Strasbourg et de Montpellier continueront à remplir, en ce qui concerne la visite des officines des pharmaciens et des magasins des droguistes, les attributions qui leur ont été confiées par l'article 29 de la loi du 21 germinal an XI. — Art. 3. Il sera pourvu au payement des frais de ces inspections conformément aux lois et règlements en vigueur.

Décret du 15 février 1860, portant réglementation du stage des élèves en pharmacie.

Art. 1er. Dans les communes où il existe soit une école supérieure de pharmacie, soit une école préparatoire de médecine et de pharmacie, les élèves attachés à une officine pour y accomplir le stage exigé par les lois et règlements sur l'exercice de la pharmacie sont tenus de se

faire inscrire, dans les quinze jours de leur entrée, au secrétariat de l'école, sur un registre spécial ouvert à cet effet. — Art. 2. Dans les communes autres que celles désignées en l'article précédent, les élèves stagiaires sont tenus de se faire inscrire, dans le même délai de quinze jours, sur un registre ouvert au greffe de la justice de paix du canton. — Art. 3. L'inscription a lieu sur la production d'un certificat de présence délivré par le pharmacien chez lequel l'élève est admis. Ce certificat constate la date de l'entrée de l'élève; il porte le timbre de la pharmacie. Il est remis à chaque stagiaire une expédition de son inscription énonçant ses nom, prénoms, âge et lieu de naissance. — Art. 4. L'inscription est renouvelée tous les ans si l'élève stagiaire n'a pas changé de canton. Toutefois, lorsque dans le même canton il a passé d'une pharmacie dans une autre, il est tenu de produire, pour le renouvellement de son inscription, outre un nouveau certificat de présence, des *exeat* des pharmaciens qui l'auraient occupé depuis sa dernière inscription. Il est fait mention de ces pièces sur le registre et sur l'extrait qui lui est délivré. — Art. 5. Tout élève qui change, soit de département, soit de canton, est tenu de se faire inscrire de nouveau dans le délai de quinzaine. Il doit produire au secrétariat de l'école ou au greffe de la justice de paix, suivant les cas, un extrait du registre de l'école ou du canton où il était inscrit précédemment, constatant, selon ce qui est prescrit en l'article 4, les stages régulièrement accomplis jusqu'au jour de son départ. — Art. 6. Les élèves en pharmacie ne seront admis aux examens de fin d'études pour le grade de pharmacien de première ou de deuxième classe qu'après avoir justifié, par des extraits réguliers d'inscription, tels qu'ils sont réglés par les articles ci-dessus, du temps complet du stage exigé par les lois et règlements. — Art. 7. Il sera statué par la loi de finances sur les émoluments à percevoir pour les inscriptions et les certificats de stage officiel.

Ordonnance royale du 8 août 1816, sur la publication d'un nouveau Code pharmaceutique.

Art. 1er. Le nouveau formulaire pharmaceutique, intitulé *Codex medicamentarius, seu Pharmacopœa gallica*, sera publié et imprimé par les soins de notre ministre de l'intérieur.

Art. 2. Dans le délai de six mois, à dater de sa publication, tout pharmacien tenant officine ouverte dans l'étendue du royaume, ou attaché à un établissement public quelconque, sera tenu de se pourvoir du nouveau *Codex* et de s'y conformer dans la préparation et la confection des médicaments. Les contrevenants seront soumis à une amende de 500 fr., conformément à l'arrêt du parlement de Paris du 23 juillet 1748.

Ordonnance du roi, 20 septembre 1820, relative aux drogues médicinales.

Vu le § 1er, article 17, de la loi du 23 juillet 1820, relative au budget des recettes ainsi conçu :

« Continueront d'être perçus les droits établis par l'article 16 des lettres patentes du 10 février 1780, et par l'article 42 de l'arrêté du gouvernement du 25 thermidor an XI, pour les frais de visite chez les pharmaciens, droguistes et épiciers. — Ne seront pas néanmoins soumis au payement du droit de visite les épiciers non droguistes chez lesquels il ne serait pas trouvé de drogues appartenant à l'art de la pharmacie. »

Voulant prévenir les difficultés qui pourraient résulter de cette dernière disposition, si les substances qui doivent être réputées *drogues* n'étaient pas nominativement désignées, nous avons ordonné, etc. « Les substances énoncées dans l'état annexé à la présente ordonnance seront considérées comme *drogues;* et les épiciers chez lesquels il se trouvera quelqu'une de ces substances seront assujettis au payement du droit de visite maintenu par l'article 17 de la loi du 23 juillet 1820. »

TABLEAU DES SUBSTANCES QUI DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME DROGUES MÉDICINALES

Acide muriatique à 23°.
— nitrique à 35°.
— sulfurique à 36°.
Aloès socotrin.
Ammi.
Amome.
Antimoine régule.
Arsenic blanc.
Asa fœtida.
Baume de copahu.
— de Pérou noir.
— de Tolu.
Benjoin amygdaloïde.
Berberis (semences de).
Bismuth.
Bitume de Judée.
Bois de gaïac râpé.
Bol d'Arménie.
Borax purifié.
Bourgeons de sapin du Nord.
Cachou brut.
Camphre raffiné.
Cantharides.
Capillaire du Canada.
Cardamome.
Carvi.
Casse en bâtons.
Castoréum vrai.
Cévadille.
Cloportes.
Coloquinte.
Coque du Levant.
Coriandre.
Corne de cerf râpée.
Cornichons de cerf.
Crème de tartre entière.
Ecorce de cascarille.
— de garou.
— de simarouba.
— de Winter.
Euphorbe.
Fenouil.
Fleurs d'arnica.
— de camomille.
Follicules de séné.
Galbanum.
Gomme adragant.
— ammoniaque.
Ipécacuanha.
Jalap.
Kermès.
Kina.
Lichen d'Islande.
Litharge anglaise.
Magnésie blanche.
Manne en larmes.
— en sortes.
Musc tonquin.
Mastic.
Mousse de Corse.
Myrobalans.
Myrrh.
Noix vomique râpée.
Oliban.
Opium.
Opopanax.
Oxyde de manganèse.
Polygala de Virginie.
Quinquina gris fin roulé.
— jaune royal.
— rouge roulé.
Racines d'angélique.
— d'asclépias.
— de bistorte.
— de colombo.
— d'ellébore blanc.
— d'ellébore noir.
— de gingembre.
— d'iris de Florence.
— de pareira brava.

Racines de pyrèthre.
— de quassia amara.
— de ratanhia.
— de salep.
— de tormentille.
— de turbith.
— de zédoaire.
Résine de galac.
— d'élémi.
— de ricin.
Réglisse d'Espagne.
Rhubarbe de Chine.
— de Moscovie.
Salsepareille de Honduras.
Safran de Gâtinais.
Sagapenum.
Sang-dragon fin.
Sassafras râpé.
Santal citrin râpé.
Scammonée d'Alep.
Scille verte.
Sel ammoniac blanc.
— de duobus.
— d'Epsom anglais.
— de Saturne.
— de soude desséché.
— d'oseille.
Semen-contra.
Semences de phellaudrium.
Séné.
Serpentaire de Virginie.
Séséli de Marseille.
Squine.
Staphisaigre.
Styrax liquide.
Suc d'acacia.
Suc de réglisse.
Succin.
Sulfure d'antimoine.
Sulfate de baryte.
— de cuivre.
— de zinc.
Tamarins.
Tartre rouge.
Térébenthine de Venise.
— de Suisse.
Terre sigillée.
Thlaspi.
Turbith minéral.
Tuthie.
Verdet cristallisé.
Verre d'antimoine.
Vipères sèches.
Yeux d'écrevisse.

DES SUBSTANCES VÉNÉNEUSES.

Loi du 19 juillet 1845 sur la vente des substances vénéneuses.

Art. 1er. Les contraventions aux ordonnances royales portant règlement d'administration publique sur la vente, l'achat et l'emploi des substances vénéneuses seront punies d'une amende de 100 à 3000 fr. et d'un emprisonnement de six jours à deux mois, sauf application, s'il y a lieu, de l'article 463 du Code pénal. — Dans tous les cas, les tribunaux pourront prononcer la confiscation des substances saisies en contravention.

Art. 2. Les articles 34 et 35 de la loi du 21 germinal an XI seront abrogés à partir de la promulgation de l'ordonnance qui aura statué sur la vente des substances vénéneuses.

Ordonnance du roi, du 29 octobre 1846, portant règlement sur la vente des substances vénéneuses.

TITRE Ier. — Du commerce des substances vénéneuses.

Art. 1er. Quiconque voudra faire le commerce d'une ou de plusieurs des substances comprises dans le tableau annexé à la présente ordonnance sera tenu d'en faire préalablement la déclaration devant le maire de la commune, en indiquant le lieu où est situé son établissement.

Les chimistes, fabricants ou manufacturiers, employant une ou plusieurs desdites substances, seront également tenus d'en faire la déclaration dans la même forme. — Ladite déclaration sera inscrite sur un registre à ce destiné et dont un extrait sera remis au déclarant, elle

devra être renouvelée dans le cas de déplacement de l'établissement.

Art. 2. Les substances auxquelles s'applique la présente ordonnance ne pourront être vendues ou livrées qu'aux commerçants, chimistes, fabricants ou manufacturiers qui auront fait la déclaration prescrite par l'article précédent, ou aux pharmaciens.

Lesdites substances ne devront être livrées que sur la demande écrite et signée de l'acheteur.

Art. 3. Tous achats ou ventes de substances vénéneuses seront inscrits sur un registre spécial, coté et paraffé par le maire ou par le commissaire de police. — Les inscriptions seront faites de suite et sans aucun blanc, au moment même de l'achat ou de la vente; elles indiqueront l'espèce et la quantité des substances achetées ou vendues ainsi que les noms, professions et domiciles des vendeurs ou des acheteurs.

Art. 4. Les fabricants et manufacturiers employant des substances vénéneuses en surveilleront l'emploi dans leur établissement, et constateront cet emploi sur un registre établi conformément au premier paragraphe de l'article 3.

TITRE II. — De la vente des substances vénéneuses par les pharmaciens.

Art. 5. La vente des substances vénéneuses ne peut être faite, pour l'usage de la médecine, que par les pharmaciens, et sur la prescription d'un médecin, chirurgien, officier de santé, ou d'un vétérinaire breveté. — Cette prescription doit être signée, datée et énoncer en toutes lettres la dose desdites substances, ainsi que le mode d'administration du médicament.

Art. 6. Les pharmaciens transcriront lesdites prescriptions, avec les indications qui précèdent, sur un registre établi dans la forme déterminée par le § 1er de l'article 3. — Ces transcriptions devront être faites de suite et sans aucun blanc. — Les pharmaciens ne rendront la prescription que revêtue de leur cachet, et après y avoir indiqué le jour où les substances auront été livrées, ainsi que le numéro d'ordre de la transcription sur leur registre. — Ledit registre sera conservé pendant vingt ans au moins, et devra être représenté à toute réquisition de l'autorité.

Art. 7. Avant de délivrer la préparation médicale, le pharmacien y apposera une étiquette indiquant son nom et son domicile, et rappelant la destination interne ou externe du médicament.

Art. 8. L'arsenic et ses composés ne pourront être vendus, pour d'autres usages que la médecine, que combinés avec d'autres substances. — Les formules de ces préparations seront arrêtées, sous l'approbation de notre ministre secrétaire d'État de l'agriculture et du commerce, savoir : pour le traitement des animaux domestiques, par le conseil des professeurs de l'École nationale vétérinaire d'Alfort; pour la destruction des animaux nuisibles et pour la conservation des peaux et objets d'histoire naturelle, par l'École de pharmacie.

Art. 9. Les préparations mentionnées dans l'article précédent ne pourront être vendues ou délivrées que par des pharmaciens, et seulement à des personnes connues et domiciliées. — Les quantités livrées, ainsi que le nom et le domicile des acheteurs, seront inscrits sur le registre spécial dont la tenue est prescrite par l'article 6.

Art. 10. La vente et l'emploi de l'arsenic et de ses composés sont interdits pour le chaulage des grains, l'embaumement des corps et la destruction des insectes.

TITRE III. — Dispositions générales.

Art. 11. Les substances vénéneuses doivent toujours être tenues, par les commerçants, fabricants, manufacturiers et pharmaciens, dans un endroit sûr et fermé à clef.

Art. 12. L'expédition, l'emballage, le transport, l'emmagasinage et l'emploi doivent être effectués par les expéditeurs, voituriers, commerçants et manufacturiers, avec les précautions nécessaires pour prévenir tout accident. — Les fûts, récipients ou enveloppes ayant servi directement à contenir les substances vénéneuses ne pourront recevoir aucune autre destination.

Art. 13. A Paris et dans l'étendue du ressort de la préfecture de police, les déclarations prescrites par l'article 1er seront faites devant le préfet de police.

Art. 14. Indépendamment des visites qui doivent être faites en vertu de la loi du 21 germinal an XI, les maires ou commissaires de police, assistés, s'il y a lieu, d'un docteur en médecine désigné par le préfet, s'assureront de l'exécution des dispositions de la présente ordonnance. — Ils visiteront, à cet effet, les officines des pharmaciens, les boutiques et magasins des commerçants et manufacturiers vendant ou employant lesdites substances. Ils se feront représenter les registres mentionnés dans les articles 1er, 3 et 6, et constateront les contraventions. Leurs procès-verbaux seront transmis au procureur du roi pour l'application des peines prononcées par l'article 1er de la loi du 19 juillet 1845.

A cette ordonnance était annexé un tableau des substances vénéneuses : mais les nombreuses réclamations qui s'élevèrent de la part des pharmaciens et de plusieurs sociétés de pharmacie, relativement à ce tableau et aux dispositions de l'article 14 ci-dessus, donnèrent lieu au décret suivant :

Décret du 8 juillet 1850 sur la vente des substances vénéneuses.

Le Président, etc.

Art. 1er. Le tableau des substances vénéneuses annexé à l'ordonnance du 29 octobre 1846 est remplacé par le tableau joint au présent décret.

Art. 2. Dans les visites spéciales prescrites par l'article 14 de l'ordonnance du 29 octobre 1846, les maires ou commissaires de police seront assistés, s'il y a lieu, soit d'un docteur en médecine, soit de deux profes-

seurs d'une école de pharmacie, soit d'un membre du jury médical et d'un des pharmaciens adjoints à ce jury, désignés par le préfet.

TABLEAU DES SUBSTANCES VÉNÉNEUSES ANNEXÉ AU DÉCRET DU 8 JUILLET 1850.

Acide cyanhydrique.
Alcaloïdes végétaux vénéneux et leurs sels.
Arsenic et ses préparations.
Belladone, extrait et teinture.
Cantharides entières, poudre et extrait.
Chloroforme.
Ciguë, extrait et teinture.
Cyanure de mercure.
Cyanure de potassium.
Digitale, extrait et teinture.
Emétique.
Jusquiame, extrait et teinture.
Nicotiane.
Nitrate de mercure.
Opium et son extrait.
Phosphore.
Seigle ergoté.
Stramonium, extrait et teinture.
Sublimé corrosif.

DES REMÈDES SECRETS

Décret impérial du 25 prairial an XIII (14 juin 1805).

Art. 1er. La défense d'annoncer et de vendre des remèdes secrets, portée par l'article 36 de la loi du 21 germinal an XI (voy. précédemment), ne concerne pas les préparations et remèdes qui, avant la publication de ladite loi, avaient été approuvés, et dont la distribution avait été permise dans les formes alors usitées; elle ne concerne pas non plus les préparations et remèdes qui, d'après l'avis des écoles ou sociétés de médecine, ou de médecins commis à cet effet depuis ladite loi, ont été ou seront approuvés, et dont la distribution a été ou sera permise par le gouvernement, quoique leur composition ne soit pas divulguée.

Art. 2. Les auteurs ou propriétaires de ces remèdes peuvent les vendre eux-mêmes.

Art. 3. Ils peuvent aussi les faire vendre ou distribuer par un ou plusieurs préposés, dans les lieux où ils jugeront convenable d'en établir, à la charge de les faire agréer, à Paris par le préfet de police, et dans les autres villes par le préfet ou sous-préfet, ou à défaut par le maire, qui pourront, en cas d'abus, retirer leur agrément.

Décret impérial du 18 août 1810.

Napoléon, etc. Plusieurs inventeurs de remèdes spécifiques contre diverses maladies, ou de substances utiles à l'art de guérir, ont obtenu des permissions de les débiter, en gardant le secret de leur composition; d'autres demandent encore, pour des cas pareils, de semblables autorisations.

Nous avons reconnu que, si ces remèdes sont utiles au soulagement des malades, notre sollicitude pour le bien de nos sujets doit nous porter

à en répandre la connaissance et l'emploi, en achetant des inventeurs la recette de leur composition; que c'est pour les possesseurs de tels secrets un devoir de se prêter à leur publication, et que leur empressement doit être d'autant plus grand, qu'ils ont plus de confiance dans leur découverte.

En conséquence, voulant, d'un côté, propager les lumières et augmenter les moyens utiles à l'art de guérir, et de l'autre, empêcher le charlatanisme d'imposer un tribut à la crédulité, ou d'occasionner des accidents funestes, en débitant des drogues sans vertu ou des substances inconnues: et dont on peut, par ce motif, faire un emploi nuisible à la santé ou dangereux pour la vie;

Nous avons décrété ce qui suit :

TITRE Ier. — DES REMÈDES DONT LA VENTE A DÉJA ÉTÉ AUTORISÉE.

ART. 1er. Les permissions accordées aux inventeurs ou propriétaires de remèdes ou compositions dont ils ont seuls la recette, pour vendre ou débiter ces remèdes, cesseront d'avoir leur effet à compter du 1er janvier 1811.

ART. 2. D'ici à cette époque, lesdits inventeurs ou propriétaires remettront, s'ils le jugent convenable, au ministère de l'intérieur, qui ne la communiquera qu'aux commissaires dont il sera parlé ci-après, la recette de leurs remèdes ou compositions, avec une notice des maladies auxquelles on peut les appliquer, et des expériences qui en ont déjà été faites.

ART. 3. Le ministre nommera une commission composée de cinq personnes, dont trois seront prises parmi les professeurs des écoles de médecine, à l'effet :

1° D'examiner la composition de ce remède, et de reconnaître si son administration ne peut être dangereuse ou nuisible en certains cas;

2° Si ce remède est bon en soi, s'il a produit et produit encore des effets utiles à l'humanité;

3° Quel est le prix qu'il convient de payer, pour son secret, à l'inventeur du remède reconnu utile, en proportionnant ce prix : 1° au mérite de la découverte; 2° aux avantages qu'on en a obtenus et qu'on peut en espérer pour le soulagement de l'humanité; 3° aux avantages personnels que l'inventeur en a retirés ou pourrait en attendre encore.

ART. 4. En cas de réclamation de la part des inventeurs, il sera nommé par le ministre de l'intérieur une commission de révision, à l'effet de faire l'examen du travail de la première, d'entendre les parties, et de donner un nouvel avis.

ART. 5. Le ministre de l'intérieur fera, d'après le compte qui lui sera rendu par chaque commission, et après avoir entendu les inventeurs, un rapport sur chacun de ces remèdes secrets, et prendra nos ordres pour la somme à accorder à chaque inventeur ou propriétaire.

ART. 6. Le ministre de l'intérieur fera ensuite un traité avec les inventeurs. Le traité sera homologué par le conseil d'État, et le secret sera publié sans délai.

TITRE II. — DES REMÈDES DONT LE DÉBIT N'A PAS ENCORE ÉTÉ AUTORISÉ.

ART. 7. Tout individu qui aura découvert un remède et voudra qu'il en soit fait usage en remettra la recette au ministre de l'intérieur comme il est dit article 2.

Il sera ensuite procédé à son égard comme il est dit, articles 3, 4 et 5.

TITRE III. — DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

ART. 8. *Nulle permission ne sera accordée désormais aux auteurs d'aucun remède, simple ou composé, dont ils voudraient tenir la composition secrète,* sauf à procéder comme il est dit aux titres I et II.

ART. 9. Nos procureurs et officiers de police sont chargés de poursuivre les contrevenants devant les tribunaux et cours, et de faire prononcer contre eux les peines portées par les lois et les règlements.

Décret impérial du 26 décembre 1810.

ART. 1er. Le délai fixé au 1er janvier 1811 par l'article 1er du décret du 18 août dernier est prorogé jusqu'au 1er avril prochain.

ART. 2. Si, antérieurement à notre décret du 18 août, des inventeurs ou propriétaires de remèdes secrets en ont remis la composition au gouvernement, qu'elle ait été déjà examinée par une commission aux termes du n° 1er de l'article 3 de notredit décret, et qu'il ait été reconnu qu'elle ne contient rien de nuisible ou de dangereux, lesdits inventeurs ou propriétaires seront dispensés de donner et de faire examiner de nouveau leur recette; et il ne sera statué que sur les dispositions des nos 2 et 3 dudit article 3 de notre décret.

Avis du Conseil d'État du 9 *avril* 1811.

Le Conseil d'État, d'après le renvoi ordonné par Sa Majesté, après avoir entendu le rapport de la section de l'intérieur sur celui du ministre de ce département, contenant : 1° des observations sur l'article 4 du décret du 18 août 1810, et proposant de modifier cet article en attribuant à la Commission d'examen des remèdes secrets la faculté d'ôter, dans certains cas, aux inventeurs ou propriétaires de remèdes, le recours à la Commission de révision; 2° des observations sur l'article 2 du décret du 26 décembre, qui dispense de donner la recette de leurs remèdes et d'en faire examiner la composition, lesdits inventeurs ou propriétaires de remèdes secrets qui ont antérieurement remis les recettes au gouvernement, lequel a fait reconnaître déjà que leur administration ne peut être dangereuse ou nuisible; — et la proposition de soumettre de nouveau lesdits inventeurs ou propriétaires à remettre et à faire examiner leurs recettes;

Est d'avis :

1° Qu'il est très important de maintenir la Commission de révision en faveur de tous ceux qui voudront y recourir, afin que les droits et la propriété des inventeurs ou propriétaires de remèdes secrets soient garantis, et qu'une commission unique ne soit pas leur juge absolu et sans recours; et qu'il importe même que cette commission de révision soit sans délai nommée, organisée, et demeure en activité jusqu'à ce que le travail ordonné par le décret du 18 août 1810 soit entièrement fini;

2° Qu'il n'y a lieu à rien changer aux dispositions du décret du 26 décembre 1810, attendu que ceux qui ont déjà été soumis à une partie des obligations portées au décret du 18 août n'ont plus à les remplir, et qu'il ne peut plus être question pour eux que d'exécuter l'article 3, à commencer seulement par le § 2, et sans parler de l'article 2 et du § 1er de l'article 3;

3° Enfin que le 1er avril, terme de la prorogation portée au décret du 26 décembre, étant expiré sans que le travail de la première Commission soit fini, et sans que la Commission de révision soit en activité ni même nommée, il n'a pas été possible aux intéressés de se mettre en règle, et qu'il est juste de leur en donner le temps, en prorogeant le délai jusqu'au 1er juillet.

Ordonnance royale du 20 décembre 1820, qui établit l'Académie de médecine.

Art. 1er. Il sera établi à Paris, pour tout notre royaume, une Académie royale de médecine.

Art. 2. Cette Académie sera spécialement instituée pour répondre aux demandes du gouvernement sur tout ce qui intéresse la santé publique, et principalement sur... l'examen des remèdes nouveaux et des remèdes secrets, tant internes qu'externes.

Ordonnance de police du 21 juin 1828.

Vu les lois des 21 germinal an XI et 29 pluviôse an XIII;

Considérant que les dispositions de ces lois concernant les remèdes secrets ne sont point exécutées; qu'on affiche et publie journellement dans les rues, qu'on annonce dans les journaux et qu'on vend chez les pharmaciens des remèdes secrets pour le traitement de diverses maladies, et qu'il importe de rappeler aux personnes qui se rendent coupables de ces infractions à la loi les dispositions qu'elle renferme;

Ordonnons, etc. Art. 1er. Les articles 32 et 36 de la loi du 21 germinal an XI et la loi du 29 pluviôse an XIII seront publiés, etc.

Art. 2. Les pharmaciens ne devant livrer ni débiter des préparations médicinales que d'après la prescription et sur la signature des personnes ayant qualité d'exercer l'art de guérir, il leur est expressément dé-

fendu, ainsi qu'aux herboristes, marchands droguistes et autres, de vendre ni d'annoncer, au moyen d'écriteaux, affiches, prospectus ou avis insérés dans les journaux, aucun remède secret dont le débit n'aurait pas été autorisé dans les formes légales.

Il leur est également défendu de vendre ou d'annoncer aucune préparation pharmaceutique indiquée comme préservatif de maladies ou affections quelconques, et qu'ils déguiseraient sous la dénomination de *cosmétique*.

Ces dispositions sont applicables aux docteurs en médecine et en chirurgie, officiers de santé et sages-femmes, qui annonceraient ou feraient annoncer des remèdes non autorisés.

Art. 3. L'annonce de remèdes autorisés devra en contenir le titre, tel qu'il est décrit dans l'autorisation, et ne renfermer aucun détail inutile et susceptible de porter atteinte à la morale publique. Ces annonces devront en outre faire connaître la date de l'autorisation et l'autorité qui l'a délivrée. Elles ne pourront, du reste, être placardées qu'après les formalités voulues pour le placardage des affiches en général.

Art. 4. Les publications faites dans les carrefours, places publiques, foires et marchés, de remèdes et préparations pharmaceutiques, sont sévèrement prohibées.

Art. 5. Les propriétaires et inventeurs de remèdes, les éditeurs de feuilles périodiques, les imprimeurs et afficheurs qui contreviendront aux dispositions rappelées par la présente ordonnance, seront poursuivis aux termes de la loi du 29 pluviôse an XIII, et passibles d'une amende de 25 à 600 fr.; et, en cas de récidive, d'une détention de trois jours au moins, et de dix au plus.

Loi du 5 juillet 1844 sur les brevets d'invention.

Voyez plus loin le texte des articles 3 et 10.

Décret du 3 mai 1850 sur les remèdes secrets.

Vu les articles 32 et 36 de la loi du 21 germinal an XI, le décret du 18 août 1810, l'avis de l'Académie de médecine; — considérant que, dans l'état actuel de la législation et de la jurisprudence, tout remède non formulé au Codex pharmaceutique, ou dont la recette n'a pas été publiée par le gouvernement, est considéré comme un remède secret; qu'aux termes de la loi du 21 germinal an XI, toute vente de remèdes secrets est prohibée; qu'il importe à la thérapeutique de favoriser l'usage des remèdes nouveaux dont l'utilité aurait été régulièrement reconnue, décrète :

Les remèdes qui auront été reconnus nouveaux et utiles par l'Académie nationale de médecine, et dont les formules, approuvées par le ministre de l'agriculture et du commerce, conformément à l'avis de

cette compagnie savante, auront été publiées dans son Bulletin avec l'assentiment des inventeurs ou possesseurs, cesseront d'être considérés comme remèdes secrets. Ils pourront être, en conséquence, vendus librement par les pharmaciens, en attendant que la recette en soit insérée dans une nouvelle édition du Codex.

22 *et* 23 *août* 1873. — *Décret concernant les examens d'officiers de santé et de pharmaciens de deuxième classe.*

Vu... spécialement la disposition de l'article 19 du règlement d'administration publique du 22 août 1854, portant que les officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes et herboristes de deuxième classe qui veulent exercer dans un autre département que celui pour lequel ils ont été reçus doivent subir de nouveaux examens et obtenir un nouveau certificat d'aptitude... décrète :

Art. 1er. — Les officiers de santé et pharmaciens de deuxième classe qui veulent s'établir dans un autre département que celui pour lequel ils ont été reçus peuvent être dispensés par le ministre de l'instruction publique des deux premiers examens de fin d'études.....

14 *juillet* 1875. — *Décret relatif à la durée des études des aspirants au diplôme de pharmacien de deuxième classe, au mode et aux frais de leur réception.*

Art. 1er. Les études pour obtenir le diplôme de pharmacien de deuxième classe durent six années, dont trois de stage officinal et trois années de cours suivis dans une école supérieure de pharmacie ou dans une école préparatoire de médecine ou de pharmacie.

Art. 2. Avant de prendre leur première inscription, soit de stage, soit de scolarité, les aspirants devront produire un certificat délivré par le recteur de l'académie, constatant qu'ils ont justifié, devant un jury constitué à cet effet, des connaissances enseignées dans la classe de quatrième des lycées. Ils ne seront admis à prendre la cinquième et la neuvième inscription qu'après avoir subi avec succès un examen de fin d'année. Nul ne pourra se présenter aux examens de fin d'études avant l'expiration du dernier trimestre de ces études.

Art. 3. Les travaux pratiques sont obligatoires ; chaque période annuelle de ces travaux est fixée à huit mois.....

Art. 4. Les droits à percevoir des aspirants au diplôme de pharmacien de deuxième classe sont fixés ainsi qu'il suit :

12 inscriptions à 25 fr.....	300 fr.
3 années de travaux pratiques à 50 francs par semestre..	300
1er examen de fin d'études.....	50
2e examen de fin d'études.....	50
A reporter :.....	700

	Report	700
3e examen de fin d'études	1re épreuve.....	50
	2e épreuve (y compris 100 fr. pour frais matériels).....	150
3 certificats d'aptitude à 40 fr.....		120
Diplôme.....		100
	Total.....	1120 fr.

Les examens de fin d'année sont gratuits.....

20 *novembre* 1875. — *Décret relatif à la durée du temps d'étude dans les écoles de médecine et de pharmacie de plein exercice.*

Vu l'article 14 de la loi du 14 juin 1854, le décret du 22 août de la même année, celui du 14 juillet 1875, instituant les écoles de médecine et de pharmacie de plein exercice, notamment l'article 14;

Art. 1er. La durée du temps d'étude est la même dans les écoles de médecine et de pharmacie de plein exercice que dans les facultés de médecine et les écoles supérieures de pharmacie. Les élèves pourront faire valoir les inscriptions prises dans les écoles de plein exercice sans avoir à subir les réductions prévues par le décret du 22 août 1854.

Art. 2. Les droits d'inscriptions, de diplôme... et autres seront perçus... conformément aux règlements relatifs au régime financier des établissements d'enseignement supérieur.

12-20 *juillet* 1878. — *Décret portant règlement pour l'obtention du diplôme de pharmacien de première classe.*

Art. 1er. Les études pour obtenir le diplôme de pharmacien de première classe durent six années, dont trois années de stage dans une officine et trois années de cours suivis dans une école supérieure de pharmacie ou une faculté mixte, soit dans une école de plein exercice.

Toutefois, pendant les deux premières années, les cours peuvent être suivis dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie.

Art. 2. Les aspirants doivent produire au moment où ils prennent la première inscription soit de scolarité, soit de stage, le diplôme de bachelier ès lettres ou celui de bachelier ès sciences.

Ils ne seront admis à prendre les cinquième, neuvième et onzième inscriptions qu'après avoir subi avec succès un examen portant sur les matières enseignées dans les deux premières années et le premier semestre de la troisième année.

Art. 3. Les examens probatoires sont au nombre de trois; ils sont subis devant les écoles supérieures ou les facultés mixtes, après le cours complet d'étude et portant sur les objets suivants :

1er *examen.* — Physique, chimie, toxicologie et pharmacie.

2e *examen.* — Botanique, zoologie, histoire naturelle des drogues simples, hydrologie et histoire naturelle des minéraux.

3e *examen*. — Préparations chimiques et pharmaceutiques. Au premier examen, l'aspirant fera une analyse chimique, et au deuxième une préparation micrographique.

Quatre jours sont accordés pour effectuer, sous la surveillance d'un professeur, les préparations exigées au troisième examen. L'épreuve orale de cet examen comprend deux séances.

Art. 4. Les inscriptions des aspirants au titre de pharmacien de deuxième classe ne seront, en aucun cas, converties en inscriptions d'aspirants de première classe pour les élèves en cours d'étude ; cette conversion pourra être autorisée en faveur des pharmaciens de deuxième classe qui auront exercé la pharmacie pendant un an au moins.

Art. 5. Le diplôme supérieur de pharmacien de première classe pourra être délivré à la suite de la soutenance d'une thèse aux pharmaciens de première classe licenciés ès sciences physiques ou ès sciences naturelles, ou qui, à défaut de l'une de ces licences, justifieront : 1° avoir accompli une quatrième année d'étude dans une école supérieure ou dans une faculté mixte ; 2° avoir subi avec succès un examen sur les matières des licences ès sciences physiques et naturelles appliquées à la pharmacie.

Les pharmaciens de première classe qui auront obtenu le diplôme supérieur pourront être nommés, concurremment avec ceux qui sont docteurs ès sciences physiques ou naturelles, aux emplois de professeurs ou agrégés des sciences pharmaceutiques dans les facultés mixtes.

Art. 6. L'examen prévu au précédent article est divisé en épreuves écrites, en épreuves pratiques et en épreuves orales. — Les épreuves écrites consistent en deux compositions, dont l'une portant sur un sujet pris dans le programme de la licence ès sciences physiques, et l'autre sur un sujet tiré du programme de la licence ès sciences naturelles. — Le sujet de la thèse est choisi par le candidat.

Art. 7. Les jurys chargés des examens probatoires conduisant au titre de pharmacien de première classe et au diplôme supérieur sont choisis parmi les professeurs ou agrégés des écoles supérieures ou des facultés mixtes devant lesquelles ces épreuves sont subies. — Dans les facultés mixtes, ces jurys sont composés des professeurs des sciences pharmaceutiques.

Art. 8. Les travaux pratiques sont obligatoires ; chaque période annuelle de ces travaux est fixée à huit mois...

Art. 9. Les droits à percevoir des pharmaciens de première classe sont fixés ainsi qu'il suit :

12 inscriptions à 32 fr. 50 (y compris le droit de bibliothèque).	390 fr.
3 années de travaux pratiques, à 50 fr. par semestre.....	300
2 examens de fin d'année et 1 examen semestriel placé au mois d'avril de la troisième année, à 50 fr. chacun....	150
1er examen de fin d'études.....	80
2e examen de fin d'études.....	80
A reporter :.....	1000

Report :.....	1000
3e examen de fin d'études (y compris 100 fr. pour frais matériels).....	200
3 certificats d'aptitude à 40 fr.....	120
1 diplôme.....	100
Total.....	1420 fr.

Art. 10. Les droits à percevoir des aspirants au diplôme supérieur sont fixés ainsi qu'il suit :

4 inscriptions à 32 fr. 50 (y compris le droit de bibliothèque).	130 fr.
1 année de travaux pratiques à 50 fr. par semestre....	100
1 examen.....	30
1 thèse.....	40
1 diplôme.....	100
Total.....	400 fr.

Les certificats d'aptitude de l'examen et de la thèse seront délivrés gratuitement. — Les aspirants licenciés ès sciences physiques ou naturelles n'auront à payer que les droits de thèse ou de diplôme.

Art. 11. Tout candidat qui, sans excuse reconnue valable par le jury, ne répond pas à l'appel de son nom le jour qui lui a été indiqué, est renvoyé à trois mois, et perd le montant des droits d'examen qu'il a consignés.....

22 *juillet* 1878. — *Arrêté du ministre de l'instruction publique, concernant la délivrance des diplômes de seconde classe.*

Art. 1er. Les facultés de médecine et les écoles supérieures de pharmacie délivreront les certificats d'aptitude ou diplômes nécessaires pour exercer les professions d'officiers de santé, de sages-femmes, de pharmaciens de seconde classe et d'herboristes, dans les départements qui sont le siège de ces facultés ou de ces écoles supérieures.

Art. 2. Les écoles de plein exercice et les écoles préparatoires de médecine délivreront les certificats d'aptitude ou diplômes nécessaires pour exercer les professions d'officiers de santé, de sages-femmes, de pharmaciens de seconde classe et d'herboristes dans les départements ci-après indiqués (suit le tableau).

Art. 3. Les sessions d'examens dans les écoles de plein exercice et dans les écoles préparatoires sont présidées, pour les écoles de..., par des professeurs de la faculté de médecine ou de l'école supérieure de pharmacie de Paris...; — pour les écoles de..., par des professeurs de la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, etc.

31 *août* 1878. — *Décret appliquant aux candidats au titre de pharmacien de seconde classe l'article* 3 *du décret du* 12 *juillet* 1878.

Art. 1er. Les dispositions de l'article 3 du décret du 12 juillet 1878 sont applicables aux candidats au titre de pharmacien de deuxième classe ; ces candidats peuvent toutefois subir les épreuves, soit devant les écoles supérieures de pharmacie ou les facultés mixtes, soit devant les écoles de plein exercice, ou les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Art. 2. Après avoir accompli le stage officinal, et avant de prendre la première inscription de scolarité, les élèves en pharmacie de l'une et l'autre classe devront subir un examen de validation de stage devant un jury composé de deux pharmaciens de première classe et d'un professeur ou agrégé d'école supérieure de pharmacie, président.

L'époque des sessions dudit jury est déterminée par un arrêté du ministre, après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique.

30 *décembre* 1878. — *Arrêté déterminant les épreuves à subir pour les candidats aux grades de pharmacien de* 1re *ou de* 2e *classe pour l'examen de validation de stage.*

Art. 1er. L'examen de validation de stage, exigé des candidats aux grades de pharmacien de 1re et de 2e classe par l'article 2 du décret du 31 août 1878, se compose des épreuves suivantes :

1° Préparation d'un médicament, composé galénique ou chimique, inscrit au Codex ;

2° Une préparation magistrale ;

3° Détermination de trente plantes ou parties de plantes appartenant à la matière médicale et de dix médicaments composés ;

4° Questions sur diverses opérations pharmaceutiques.

Il sera accordé quatre heures pour la première épreuve, et une demi-heure pour chacune des trois autres.

Art. 2. Les sessions d'examen auront lieu pendant les mois de juillet et de novembre dans les écoles supérieures de pharmacie et dans les facultés mixtes de médecine et de pharmacie.

Dans les écoles de plein exercice et dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, elles auront lieu pendant les sessions d'avril et de septembre-octobre.

Art. 3. Conformément aux dispositions du statut du 9 avril 1825, la première inscription ne peut être prise après le premier trimestre de l'année scolaire.

ENSEIGNEMENT DE LA PHARMACIE

La pharmacie est enseignée en France : 1° par trois *Ecoles supérieures de pharmacie*, siégeant dans les mêmes villes que les trois Facultés de médecine, c'est-à-dire à Paris, Montpellier et Nancy (cette dernière depuis 1872); — 2° par des *Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie*, au nombre de 22, dans les villes où il y a en même temps des écoles préparatoires de médecine.

Obtention des diplômes. — Les diplômes qu'on peut obtenir en passant par ces deux genres d'école sont :

1° Le diplôme de pharmacien de première classe;

2° Le diplôme de pharmacien de seconde classe;

3° Le diplôme supérieur de pharmacien de première classe (1878).

Pharmacien de première classe. — Ce titre n'est délivré que par une Ecole supérieure de pharmacie et s'obtient après six années d'étude dont trois années de stage dans une pharmacie, suivies de trois années de cours dans une école supérieure, une faculté mixte ou une école de plein exercice. Il faut avoir vingt-cinq ans au moins.

Pour prendre sa première inscription de stage dans une officine, l'aspirant pharmacien doit produire son diplôme de bachelier ès sciences ou de bachelier ès lettres; ses trois années achevées, il doit, avant de prendre sa première inscription de scolarité, subir un examen de validité de stage d'après le décret du 31 août 1878 devant un jury composé de deux pharmaciens de première classe et d'un professeur d'une école supérieure. Il produit en même temps son acte de naissance, le consentement de son père ou de son tuteur s'il est mineur, l'indication de son domicile et du domicile de ses répondants. — A la fin de la première et de la seconde année, il passe son examen de fin d'année, portant sur les matières enseignées dans le cours; enfin, vers le milieu de la troisième année, un troisième examen. — Au bout de ces six années (trois de stage, trois de scolarité, en tout douze inscriptions), l'élève subit ses *trois examens probatoires, dits définitifs*, devant les Ecoles supérieures de pharmacie ou les

facultés mixtes. La thèse n'est pas obligatoire, comme pour le doctorat en médecine; elle est facultative, et l'élève choisit le sujet qu'il soumet au directeur de l'Ecole, lequel, après avoir pris l'avis des professeurs, peut autoriser l'élève à faire ses recherches aux frais de l'établissement (Lutaud).

Le stage dans les hôpitaux n'est pas imposé aux élèves en pharmacie, comme aux étudiants en médecine; mais ils peuvent concourir aussi pour l'internat.

Quant aux droits à acquitter pour obtenir le titre de pharmacien de première classe, ils s'élèvent à la somme de 1420 francs, dont nous avons donné le détail précédemment (pages 800-801).

Pharmaciens de seconde classe. — Ce titre peut être délivré par une école supérieure de pharmacie, une faculté mixte, une école secondaire de médecine et de pharmacie, ou enfin une école de plein exercice. — La durée des études est de six ans, comme pour les pharmaciens de première classe, et comprend trois ans de stage dans une officine et trois ans de scolarité dans une des écoles indiquées plus haut. Seulement, au lieu de produire un diplôme de bachelier ès lettres ou ès sciences, l'élève, avant de prendre sa première inscription de stage, présente un certificat constatant qu'il a les connaissances enseignées dans la classe de quatrième des lycées ou un certificat de grammaire. A la fin de ces trois années de stage officinal, l'élève subit, comme le pharmacien de première classe, un examen de validation; puis il prend des inscriptions de scolarité et en deux ans subit deux examens de fin d'année, seulement il ne subit pas de troisième examen au milieu de la troisième année. Au bout de ces trois ans, il passe ses trois examens probatoires sur les mêmes matières que l'aspirant au titre de pharmacien de première classe.

Le total des droits à acquitter se monte à 1120 fr. (voir pages 798-799).

Diplôme supérieur de pharmacien de première classe. — Ce nouveau diplôme, créé par le décret du 12 juillet 1878, peut être accordé aux pharmaciens de première classe licenciés ès sciences physiques ou ès sciences naturelles, etc. (voir page 799), après avoir soutenu une thèse. Ce diplôme,

uniquement scientifique, donne à ceux qui l'obtiennent le droit d'être nommés, concurremment avec les docteurs ès sciences physiques ou naturelles, professeurs ou agrégés des sciences pharmaceutiques dans les facultés mixtes (Briand et Chaudé). Au point de vue de l'exercice pratique de la pharmacie, il n'existe toujours que deux classes de pharmaciens.

EXERCICE DE LA PHARMACIE

Les pharmaciens de *première classe* peuvent exercer dans toute la France; les pharmaciens de *seconde classe* ne peuvent exercer que dans le département pour lequel ils ont été reçus et qu'ils indiquent avant de passer leurs examens probatoires. S'ils veulent exercer dans un autre département, ils doivent subir de nouveaux examens et obtenir de nouveaux certificats d'aptitude; ils sont dispensés des conditions de scolarité; cependant le ministre de l'instruction publique peut, sur leur demande, les dispenser des deux premiers examens; il ne leur reste plus que le troisième de fin d'étude à subir (décret du 23 août 1873). Il résulte enfin de l'arrêt du 22 juillet 1878 que les pharmaciens de seconde classe peuvent exercer dans tous les départements, sans exception, pour lesquels ils ont été reçus, même dans les départements où se trouve une école supérieure de pharmacie (Briand et Chaudé).

Pour pouvoir exercer la pharmacie avec le titre de pharmacien de 1re ou de 2e classe, il faut avoir vingt-cinq ans accomplis, à moins d'une dispense spéciale du ministre. — Une fois reçu, le pharmacien doit présenter son diplôme au préfet de police à Paris, dans les autres villes au préfet du département, et prêter le serment d'exercer son art avec probité et fidélité (art. 16). Le préfet lui délivre sur son diplôme l'acte de prestation de serment; le pharmacien qui négligerait cette formalité pourrait être poursuivi pour exercice illégal de la pharmacie (Paris, 3 août 1850).

Il n'est pas nécessaire d'être Français pour être pharmacien; mais les étrangers qui veulent exercer la pharmacie

en France doivent passer les examens prescrits par la loi du 21 germinal an XI (voir page 779), en tenant compte du temps de stage fait chez les pharmaciens légalement établis à l'étranger (Briand et Chaudé).

Les pharmaciens ont-ils seuls le droit de vendre des médicaments? sont-ils des commerçants? — D'après l'article 25 de la loi de germinal, les pharmaciens légalement reçus ont seuls le droit de préparer et de vendre des médicaments. Quant à la question de *commerce*, elle a été diversement interprétée. Suivant les uns, la pharmacie serait une profession essentiellement libérale, comme la médecine (Orillard, Nouguier ; Dalloz, cour de Montpellier, 19 février 1836). — Suivant les autres, et c'est l'opinion la plus généralement admise aujourd'hui, le pharmacien est un *commerçant*, et les arrêts successifs des cours de Metz, de Paris, de Rouen, de Grenoble ont reconnu aux pharmaciens cette qualité. En réalité, ils figurent sur les listes des notables commerçants, ils peuvent être mis en faillite, ils payent patente, enfin ils sont assujettis aux dispositions des lois sur les poids et mesures (Briand et Chaudé).

Un individu non pharmacien peut-il être propriétaire d'une pharmacie dans laquelle il placerait, soit comme gérant, soit comme associé responsable, un pharmacien légalement reçu? — La jurisprudence actuelle a posé en principe « qu'une pharmacie ne peut être gérée *que* par son propriétaire, que le diplôme et la propriété de *l'officine* doivent reposer sur la même tête et qu'un pharmacien ne peut être propriétaire que d'une seule pharmacie. » (Briand et Chaudé.)

Un pharmacien légalement établi peut-il posséder une seconde pharmacie? — La loi repousse donc absolument le système du *prête-nom* et exige que le pharmacien surveille et administre lui-même sa pharmacie. Quant à la question d'association d'un individu non diplômé avec un pharmacien, il faut distinguer, disent Briand et Chaudé, entre la propriété et l'exploitation d'une pharmacie qui demande des capitaux et un diplôme ; on peut avoir la pharmacie ou les capitaux et ne pas avoir le diplôme, la loi ne défend pas de s'associer pour réunir l'un à l'autre. Ce qu'elle

a réglé, c'est non la propriété, mais l'exploitation qui est soumise, dans l'intérêt de la santé publique, à des conditions de capacité.

Mais il faut qu'il soit bien démontré que le pharmacien gère réellement l'officine et n'est pas un simple prête-nom.

Ajoutons que la loi est muette sur l'association d'un médecin avec un pharmacien; mais la jurisprudence condamne ce genre d'association, et la cour de Paris a déclaré « radicalement nulle la convention par laquelle un médecin et un pharmacien s'engageaient, le premier à donner des consultations gratuites dans une dépendance de l'officine, le second à exécuter les ordonnances du médecin, en vue de partager entre eux les profits retirés de la vente des médicaments » (Paris, 31 mai 1866; — Chaudé).

La vente d'une pharmacie à un individu non pourvu de diplôme est-elle valable? — En droit, cette vente n'est pas valable; en pratique, la question est plus difficile à résoudre, au point de vue du règlement des comptes : le vendeur doit-il restituer intégralement les sommes versées par l'acquéreur? n'y a-t-il pas lieu de tenir compte des intérêts des deux parties? Sur ce point, la jurisprudence a beaucoup varié : dans certains cas, les tribunaux ont simplement annulé la vente avec restitution des sommes versées; — dans d'autres, et c'est l'opinion la plus généralement acceptée aujourd'hui, quand l'acquéreur a gardé et géré l'officine pendant un certain temps, avec plus ou moins d'habileté, les tribunaux ont pensé qu'il y avait lieu d'établir un compte entre les parties intéressées. Quelquefois même, l'acquéreur peut être passible de dommages-intérêts envers le vendeur lorsque par son inhabileté il a laissé tomber la pharmacie et ne peut la rendre telle qu'il l'a reçue (Briand et Chaudé).

La vente peut être également annulée, non seulement lorsque l'acquéreur n'a pas de diplôme, mais encore quand le vendeur tenait la pharmacie illégalement et sans titre.

Un pharmacien peut-il posséder à la fois deux pharmacies? — Strictement, la loi ne le défend pas, si le pharmacien met à la tête de sa seconde officine un gérant ayant

un titre légal. Sur ce point, du reste, la jurisprudence n'est pas encore fixée, mais généralement parait le tolérer. Si le pharmacien confie cette seconde pharmacie à un élève, sans exercer une surveillance immédiate, l'élève peut être poursuivi pour exercice illégal de la pharmacie (Briand et Chaudé). Il en serait de même du médecin ou de l'officier de santé qui exercerait la pharmacie sous un prête-nom : le pharmacien qui se prête à ce genre de commerce est poursuivi comme complice.

Administration d'une pharmacie dans le cas de décès du titulaire. — L'article 41 de la loi de germinal ne s'occupe que du cas où le pharmacien laisse une veuve ; celle-ci peut continuer à tenir l'officine pendant un an, à condition d'en confier la direction à un élève âgé au moins de vingt-deux ans, présentant des garanties de capacité suffisantes, et sous la surveillance d'un pharmacien désigné spécialement à cet effet. M. Lutaud fait remarquer que cette disposition devrait également s'appliquer non seulement aux héritiers, mais encore dans tous les cas où le pharmacien meurt sans laisser d'héritiers en état de gérer la pharmacie.

Les sœurs de charité ont-elles le droit de vendre des médicaments? — Légalement, non ; la loi est formelle sur ce point et la vente des médicaments leur est interdite ; ce n'est qu'en interprétant faussement les textes, qu'en vertu d'une tolérance regrettable et de décisions purement administratives, que les sœurs de charité sont arrivées peu à peu à préparer et à vendre les médicaments même les plus compliqués. Beaucoup de tribunaux du reste se sont prononcés dans ce cas et ont condamné les sœurs à payer des indemnités aux pharmaciens qui les avaient poursuivies. Nous en dirons autant de l'exercice illégal de la pharmacie par les pasteurs ou les curés de campagne.

Le médecin ou l'officier de santé peuvent-ils vendre des médicaments? — Ils ont ce droit seulement dans le cas où ils sont établis dans des bourgs, des villages ou des communes qui ne possèdent pas de pharmacie ouverte (art. 27 de la loi de germinal) ; mais ils ne doivent fournir de médicaments qu'aux malades qu'ils traitent et ne peuvent tenir

officine ouverte; bien entendu, dans les communes qui possèdent un pharmacien ayant officine, ils ne peuvent vendre leurs médicaments à leurs malades.

Dans ce cas, le médecin n'est pas assujetti à payer la patente de pharmacien.

Les médecins homœopathes peuvent-ils vendre à leurs malades les médicaments qu'ils ont fait fabriquer dans une pharmacie de leur choix? — On a prétendu qu'ils avaient ce droit, que les lois sur la pharmacie, antérieures à l'homœopathie, ne leur sont pas applicables, que les pharmaciens ordinaires n'étaient pas capables de préparer leurs médicaments, que pour eux, homœopathes, il n'y a pas en réalité de pharmacie, et qu'ils ont le droit de fournir leurs médicaments. Cette interprétation, plus ou moins subtile, n'est pas acceptée par la jurisprudence actuelle; la loi ne reconnaît pas ces deux variétés de pharmaciens; que les médicaments se donnent à doses infinitésimales ou autrement, ce sont toujours des médicaments, et, comme tels, ils ne peuvent être vendus que par un pharmacien; il ne doit pas y avoir de privilège pour les médecins homœopathes. — Le médecin homœopathe n'a donc pas le droit d'avoir une provision de médicaments homœopathiques chez lui et de les distribuer à ses malades, lorsqu'il existe un pharmacien dans la commune, à moins qu'il ne soit bien établi que celui-ci se refuse à exécuter l'ordonnance du médecin homœopathe.

Le médecin qui serait reçu pharmacien peut-il cumuler les deux professions? — Légalement, aucun texte de loi n'interdit ce cumul, bien qu'au fond l'intention du législateur ne soit pas douteuse et qu'elle ait voulu séparer complètement ces deux professions. La jurisprudence actuelle ne peut que blâmer ceux qui exercent en même temps ces deux professions et laissent ainsi soupçonner le médecin de faire les affaires du pharmacien, mais elle ne peut l'empêcher.

Devoirs des pharmaciens. — En vertu de l'article 32, la loi de germinal impose aux pharmaciens les quatre obligations suivantes :

1° Ils ne peuvent livrer et débiter des préparations médicinales quelconques que sur l'ordonnance d'un médecin ou d'un officier de santé.

2° Ils ne peuvent vendre aucun remède secret.

3° Ils doivent, dans la préparation et la confection de leurs médicaments, se conformer aux formules inscrites dans le formulaire légal, c'est-à-dire au Codex.

4° Ils ne peuvent exercer dans les mêmes lieux ou officines aucun autre commerce que celui des drogues et préparations médicinales.

A. **Le pharmacien ne peut délivrer un médicament sans l'ordonnance d'un médecin.** — La signature du médecin est exigée, pour éviter les accidents qui résulteraient de l'administration d'un médicament délivré à un malade sans savoir s'il convient ou non à son genre d'affection; elle met en outre à couvert la responsabilité du pharmacien, dans le cas où la médication aurait des conséquences fâcheuses. Le pharmacien ne doit donc jamais délivrer de médicament sans ordonnance, aussi bien pour les préparations magistrales que pour les officinales [1]. Il doit les exécuter avec soin, *sans jamais y changer un mot*. S'il y trouve une erreur, un *lapsus calami*, il ne doit pas la rectifier de son propre chef, mais la renvoyer au médecin même, en demandant des explications; il devra naturellement, en cette circonstance, agir de manière que la personne qui apporte l'ordonnance ne s'aperçoive pas de ses hésitations. « Il devra surtout, dit M. Bouchardat, se garder de faire, sous aucun prétexte, aucun changement ou substitution sans l'agrément du médecin, quelle que soit l'analogie de la substance substituée; son premier et son plus impérieux devoir est la plus scrupuleuse exactitude, même pour les choses qui lui paraissent les plus insignifiantes. » La loi est très sévère sur cette question; la moindre modification, la moindre erreur dans l'exécution d'une ordonnance peut engager la responsabilité civile et pénale du pharmacien. Il est naturellement responsable non seulement des préparations qu'il fait lui-même, mais aussi de celles qu'exécutent les élèves placés sous ses ordres.

1. On entend par préparations *magistrales* celles que font les médecins pour chaque cas particulier. — Les préparations *officinales* sont celles dont les formules sont inscrites au Codex et que les pharmaciens peuvent avoir toutes préparées d'avance dans leur officine.

Le pharmacien a-t-il le droit de garder l'ordonnance du médecin ou doit-il la rendre au malade? — Suivant M. Amédée Latour, rédacteur en chef de l'*Union médicale*, l'ordonnance délivrée par le médecin est la propriété du malade qui l'a payée; elle contient souvent des indications sur la manière de prendre le médicament, et, si plus tard il veut s'en servir de nouveau, cela lui devient impossible si le pharmacien l'a gardée. Le médecin lui-même peut en outre en avoir besoin au bout d'un certain temps pour juger l'ensemble du traitement.

Le malade a donc le droit de réclamer et de conserver son ordonnance. Quant au pharmacien, s'il veut mettre à couvert sa responsabilité, il n'a qu'à la copier sur le registre où il inscrit, d'après la loi, les ordonnances contenant des substances vénéneuses.

Ajoutons enfin que les ordonnances ne doivent être rendues à la personne qui vient chercher les médicaments que revêtues du cachet de la pharmacie.

B. **Les pharmaciens ne peuvent vendre des remèdes secrets.** — On entend par remèdes secrets, au point de vue médical, tout médicament qui n'est pas conforme au Codex ou qui n'a pas été préparé spécialement sur une formule magistrale. Toute personne qui prétend avoir découvert un remède nouveau doit d'abord adresser la recette et les indications de ses effets au ministre de l'intérieur; celui-ci envoie sa communication à l'Académie de médecine, qui la soumet à l'examen de la Commission des remèdes secrets et nouveaux. « Pour que le remède qui lui est présenté obtienne son approbation, il faut qu'il soit réellement nouveau, ou au moins qu'on lui ait donné une application nouvelle, et que l'expérience en ait démontré l'efficacité. Quand l'Académie a émis un avis favorable, le ministre de l'intérieur traite avec les inventeurs ou propriétaires; le traité est approuvé par le Conseil d'Etat, et le remède publié. Il ne doit plus y avoir de remèdes secrets; ceux de ces remèdes qui sont inutiles ou nuisibles seront repoussés; les autres seront achetés et publiés par le gouvernement, en raison de l'importance de la découverte et des avantages qu'on en aura obtenus ou qu'on peut en espérer. » (*Mém. de l'Acad.*

de méd.) En sorte qu'aujourd'hui nul ne peut vendre un remède nouveau, même s'il est pharmacien, sans avoir obtenu l'autorisation de l'Académie de médecine et fait un traité avec le gouvernement auquel il vend son remède; la formule est alors publiée, le remède tombe dans le domaine public et peut être désormais préparé d'avance par tous les pharmaciens, comme tous les remèdes inscrits au Codex (Briand et Chaudé).

Au point de vue de la jurisprudence, « on doit entendre par *remèdes secrets* les préparations pharmaceutiques qui ne sont ni conformes au Codex légalement publié; — ni achetées et rendues publiques par le gouvernement, conformément au décret du 18 août 1810; — ni, depuis le décret du 3 mai 1850, publiées dans le *Bulletin de l'Académie;* — ni composées pour chaque cas particulier sur ordonnance du médecin. » (Paris, 18 septembre 1851, affaire Gabory.) Doit également être considérée comme remède secret une composition dans laquelle entre une substance médicamenteuse préparée à l'aide d'un procédé particulier étranger aux indications du Codex (Briand et Chaudé).

Les tribunaux considèrent encore comme remèdes secrets : a. Des remèdes magistraux prescrits et préparés par un pharmacien qui est en même temps médecin, lorsqu'il existe dans sa pharmacie un certain nombre de spécimens de ce médicament, préparés d'avance et annoncés par la voie de la presse, parce que le pharmacien ne *doit détenir* dans ses magasins que des médicaments officinaux conformes au Codex. — b. Les médicaments prescrits par un médecin qui donne des consultations gratuites chez un pharmacien, quand ces médicaments ne sont pas formulés comme les préparations magistrales ou officinales, mais désignés par ces simples mots : Remède selon la formule n° 1 et n° 2, etc. (Paris, 7 août 1843, aff. Blancard). « Je suis informé, dit le préfet de police dans sa circulaire du 23 août 1858, que les médecins attachés à certaines pharmacies et notamment à celles dites *populaires* ou qui suivent des méthodes particulières de traitement, se contentent, au lieu de formuler leurs ordonnances, de la désigner par un numéro d'ordre qui ne révèle rien et qui ne peut remplacer

ordonnance médicale, qui seule peut offrir les garanties nécessaires et à laquelle, aux termes de la loi, doivent se conformer les pharmaciens. Après avoir consulté l'Ecole supérieure de pharmacie et soumis à l'approbation de M. le Ministre les mesures qu'elle m'a proposées pour remédier à ce grave état de choses, j'ai décidé : 1° que tout médicament, portant une étiquette avec un numéro d'ordre, ou tout autre signe particulier ayant pour effet de dissimuler le nom et la nature de ce médicament devait être considéré comme remède secret; — 2° que le pharmacien qui l'aura livré sera traduit devant les tribunaux, et qu'il en sera de même des médicaments désignés sur l'étiquette par le nom de l'inventeur ou par toute autre dénomination dont la formule n'aura pas été inscrite au Codex ou publiée dans le Bulletin de l'Académie. » MM. Briand et Chaudé font remarquer que les homœopathes sont également en contravention lorsqu'ils emploient dans leurs ordonnances des signes conventionnels qui les dispensent d'indiquer en toutes lettres la dose des médicaments qu'ils emploient. — c. Une substance simple qu'on débite sous un nom qui la déguise. C'est ainsi qu'un Dr Laurenti fut condamné pour vente de remèdes secrets, bien que la substance qu'il avait vendue comme infaillible contre diverses maladies fût simplement du sucre en poudre, sans addition d'aucune autre substance (Paris, 12 décembre 1828). — d. Un médicament officinal préparé suivant la formule du Codex, mais vendu comme un remède nouveau et sous un nom différent de celui sous lequel il est connu (Paris, 17 juin 1829). — e. Un médicament composé de deux substances simples ou réputées telles par la clarté de leur dénomination, lorsque, dans l'annonce, on omet d'indiquer dans quelles proportions ces deux substances figurent dans le médicament, par exemple l'essence de cubèbe composée à l'essence de salsepareille (Paris, 24 décembre 1831, aff. Girandeau; Briand et Chaudé). — f. Des substances alimentaires vendues à titre de médicaments ou comme remèdes contre certaines maladies, par exemple le chocolat-santé, le café-chocolat rafraîchissant. Cependant, fait remarquer M. Chaudé, la tendance actuelle de la jurisprudence est de ne pas considérer comme des

remèdes secrets certaines préparations inoffensives qui ne sont en réalité que des substances hygiéniques ou alimentaires, même quand on les vend comme ayant des propriétés curatives. Cette tendance est regrettable, ajoute-t-il, parce que les malades sont trompés sur la qualité de la marchandise et que, pendant qu'ils emploient comme remède une préparation absolument inactive, le mal s'aggrave. Ce qui constitue le remède secret, ce n'est pas sa valeur curative réelle, c'est la valeur qu'on lui attribue; ce que les tribunaux doivent donc rechercher, c'est si le public a cru ou pu croire acheter un remède. » Très souvent, dans ce cas, les tribunaux poursuivent le vendeur pour escroquerie.

Suivant les arrêts de certaines cours (Dijon, 17 août 1853. Toulouse, 25 août 1853), on ne peut considérer comme remèdes secrets des préparations purement hygiéniques, évidemment innocentes, ni des médicaments composés d'après les formules du Codex, mais que les inventeurs auraient perfectionnés sans en altérer les propriétés essentielles. Dans cette catégorie doivent être rangés : les sirops de Flon, de Lamouroux, de salsepareille de Quet, les pastilles de Bareswil, les globules de digitaline et le sirop d'iodure d'amidon, l'huile iodée de Personne, la gélatine végétale de lichen, l'eau de Seltz factice, le soda-water, la pâte pectorale de Regnault, les pastilles d'Hauterive de Vichy, dites d'Arcet, le papier d'Albespeyres, les pommades contre les angelures. Les sirops d'orgeat, de groseilles, de framboises, de capillaire, de vinaigre, qui ont des usages à la fois médicaux et domestiques, ne sont également pas considérés comme des remèdes secrets. Il résulte d'une circulaire du ministre du commerce du 20 octobre 1851 « qu'il doit être permis aux fabriquants de vendre comme sirops d'agrément, les mélanges qu'ils jugeront convenables, pourvu que les dénominations sous lesquelles ils les vendent n'indiquent ni une préparation du Codex plus ou moins modifiée, ni une autre préparation que la véritable; que l'usage de la glycose ne doit pas être interdit, mais que, pour éviter toute confusion, les sirops qui en contiendraient devraient porter la dénomination commune de sirop de glycose, à laquelle on ajoutera telle autre dénomination spécifique. »

Il n'en est pas de même des pilules antigoutteuses de Lartigue, des pilules, poudres et pastilles de Burin-Dubuisson, des pilules de Morison, du sirop de Harembure, des pilules de Dehaut, des pilules et grains de vie de Clérambourg, des pilules de Meglin (Briand et Chaudé).

En somme, cette question des remèdes secrets soulève dans la pratique bien des difficultés, et les arrêts de la jurisprudence sont souvent contradictoires; il y a là surtout une question de fait et d'appréciation, et il est difficile de poser une règle fixe.

De quelle peine est passible le pharmacien ou l'individu qui, contrairement à la loi, vend des remèdes secrets? — Ici encore, la jurisprudence est des plus incertaines, et ses arrêts sont loin d'être uniformes : l'article 32 de la loi de germinal, qui interdit au pharmacien la vente des remèdes secrets, ne mentionne aucune sanction pénale; l'article 36 punit sévèrement l'*annonce* des remèdes secrets; il semblerait donc que le pharmacien pourrait *vendre* impunément un remède qu'il ne peut impunément annoncer (Briand et Chaudé); et quelques jurisconsultes pensent que la vente d'un médicament secret par un pharmacien ne doit être frappée d'aucune peine, tandis que cette vente faite par un individu autre qu'un pharmacien tombe sans aucun doute sous le coup de la loi, comme exercice illégal de la pharmacie; mais les tribunaux et la Cour de cassation ont jugé : 1° que la vente des remèdes secrets était, malgré l'article 32, punissable comme l'annonce : l'amende peut varier de 25 à 600 francs; — 2° que la *mise en vente* ou la *détention* de ces médicaments secrets dans une officine de pharmacien sont frappées de la même peine; — 3° que, si les pharmaciens peuvent être poursuivis, il en est de même à plus forte raison des individus qui débitent, annoncent et vendent des remèdes secrets sans diplôme légal; — 4° qu'il peut y avoir condamnation non seulement contre celui qui vend le remède secret, mais encore contre son *complice* quand celui-ci a fourni le médicament dans le but de le faire vendre (Briand et Chaudé); — 5° qu'un pharmacien ou un individu qui vend des remèdes secrets à un tiers qui est poursuivi pour les avoir revendus ne peut être poursuivi comme son complice, mais pour le

fait de la première vente; — 6° que, pour tomber sous l'application de la loi, il faut que l'affiche ou l'annonce soit *imprimée*, qu'il y ait eu *publication;* qu'une affiche préparée, mais non encore publiée, ne peut être l'objet d'une poursuite; — 7° que cette publication doit avoir eu pour but de provoquer la vente du médicament, qu'elle n'est pas passible d'une peine quelconque si elle avait, par exemple, pour but de provoquer une discussion scientifique (Briand et Chaudé); — 8° que l'annonce ait été faite par l'individu poursuivi : ainsi un pharmacien ne peut être poursuivi pour annonce de remèdes secrets, si l'annonce a été faite par l'inventeur; de même pour celui-ci quand l'annonce est faite par le pharmacien; — 9° que la prescription dans les cas de délit pour vente et annonce des remèdes secrets est de *trois ans*, comme pour les autres délits; — 10° que l'inexécution d'une convention relative à la vente d'un remède secret ne peut donner lieu à des dommages-intérêts, puisque cette convention est nulle, et que le remède secret ne peut être considéré comme une chose dans le commerce (trib. de comm. de la Seine, 22 décembre 1876); — 11° que la vente faite par un pharmacien à un autre pharmacien de spécialités dont il s'engagerait à donner la formule et la composition est nulle, comme reposant sur une cause illicite (Paris, 10 juin 1869); — 12° qu'une société formée pour l'exploitation d'un remède secret est radicalement nulle; — 13° qu'un individu qui, sous le nom de l'inventeur ou de ses ayants cause, vend un remède secret autorisé par l'ancienne législation, non fabriqué par eux, peut être poursuivi comme coupable de vente de remèdes secrets, d'usurpation de titre et de tromperie sur la nature de la marchandise (Paris, 20 novembre 1847; Briand et Chaudé); — 14° que les remèdes *patentés* vendus dans les pharmacies anglaises, c'est-à-dire qui ont été l'objet d'un brevet spécial de la part du gouvernement anglais, et qui sont vendues dans les pharmacies anglaises, ne peuvent être considérés comme des remèdes secrets, si leurs formules sont connues et formulées dans la pharmacopée anglaise, par exemple la *Pharmacologie* de Gray.

C. **Le pharmacien doit se conformer dans la préparation des médicaments aux formules du Codex.** — Le *Codex*

medicamentarius, publié une première fois en latin en 1818, puis revu en 1837 et enfin en 1866, est le recueil de formules que les pharmaciens doivent consulter pour la confection des remèdes dits officinaux. Tous les pharmaciens établis et exerçant, même ceux qui sont dans un établissement public, sont tenus d'avoir chez eux un exemplaire de la dernière édition (1866), revêtu d'estampilles qui empêchent la contrefaçon (Briand et Chaudé).

Les pharmaciens qui délivrent des médicaments sans ordonnance ou ne se conforment pas au Codex pour les préparations qu'ils ont à exécuter sont passibles d'une amende de 500 francs. Dans les cas où le médicament délivré sans l'ordonnance d'un médecin détermine des accidents plus ou moins graves, le pharmacien peut être condamné pour blessures ou pour homicide par imprudence, ainsi qu'à des dommages-intérêts (tribunal de la Seine, 1852). S'il livre des médicaments, la livraison de substances falsifiées ou détériorées tombe sous le coup de la loi du 27 mars 1851, qui réprime d'une manière générale les falsifications des substances alimentaires et médicamenteuses, sans rien spécifier au point de vue pharmaceutique.

D. **Les pharmaciens ne peuvent exercer dans les mêmes lieux ou officines aucun autre commerce que celui des drogues et des préparations médicinales.** — Ce double commerce leur est interdit dans les *mêmes lieux*, c'est-à-dire qu'un pharmacien peut avoir deux magasins, l'un pour la pharmacie, l'autre pour le commerce en question ; mais, dans ce cas, ils doivent faire leur déclaration et sont assujettis aux impôts qui se rapportent à ce commerce.

Droguistes, herboristes, épiciers. — Ces trois classes de commerçants ont été l'objet de règlements particuliers.

Les **droguistes** et les **épiciers** qui ne possèdent aucun titre, qui n'ont subi aucun examen et ne sont absolument que des commerçants ne peuvent vendre aucune composition ou préparation pharmaceutique. Ils peuvent faire le commerce en gros des drogues simples, mais ne peuvent les vendre au *poids médicinal*[1], mais seulement au poids

1. On entend par vente au *poids médicinal* toute vente faite au détail et par parcelles, d'après les doses dans lesquelles ils doivent être

du commerce, c'est-à-dire que la vente *au détail* des drogues ou préparations médicamenteuses en vue d'un but curatif nettement démontré leur est absolument interdite.

Suivant un arrêt de la cour de Douai, « par ces mots : débit au poids médicinal, opposé aux mots : la vente en gros, on doit, par application de la loi, entendre non les ventes au poids indiqués dans les dispensaires et formulaires ordinaires, mais toute vente au détail en vue d'un emploi curatif nettement caractérisé et démontré par les circonstances. » (Douai, 21 avril 1874.) Il résulte en somme de l'ensemble des arrêts rendus que, d'après la jurisprudence actuelle, « il y a vente au poids médicinal toutes les fois qu'il y a eu vente au détail de substances exclusivement médicamenteuses, et lors même que la substance peut être employée à d'autres usages, toutes les fois que la vente a eu lieu en vue d'un emploi curatif. » (Briand et Chaudé.)

En vertu de l'article 33 de la loi de germinal, il est interdit aux épiciers et aux droguistes de vendre soit en gros, soit en détail, aucun médicament *composé*, aucune préparation exigeant un mélange un peu scientifique. Cette prohibition ne s'applique-t-elle qu'aux drogues exclusivement médicamenteuses? Suivant la jurisprudence actuelle, les drogues simples sont celles qui ne résultent ni d'un mélange ni d'une combinaison; ce sont les substances telles qu'on les trouve dans le commerce et avec lesquelles les pharmaciens préparent les médicaments officinaux ou magistraux (Briand et Chaudé). Il leur est également défendu : 1° de vendre des médicaments qui auraient été déposés chez eux par des pharmaciens ; 2° de vendre en gros aux pharmaciens seulement des médicaments qu'ils auraient préparés eux-mêmes.

Les épiciers et les droguistes peuvent vendre des substances vénéneuses, mais en se conformant aux lois spéciales qui règlent cette vente.

Les **herboristes** doivent, pour pouvoir exercer leur commerce, obtenir un certificat d'examen constatant qu'ils con-

employés, mais il n'est pas nécessaire que ce poids soit conforme au poids indiqués au Codex pharmaceutique. On doit entendre aussi, d'après la jurisprudence, toute vente au détail faite dans un but curatif de substances susceptibles d'autres emplois (Briand et Chaudé).

naissent les plantes médicinales. Il y a deux classes d'herboristes : l'herboriste de *première classe*, qui peut exercer dans toute la France, obtient son diplôme devant une des écoles supérieures de pharmacie, et les droits qu'il a à payer s'élèvent à 100 francs, ainsi répartis : examen 50 francs, certificat d'aptitude 40 francs, visa 10 francs. L'herboriste de *seconde classe*, qui ne peut exercer son commerce que dans le département pour lequel il a été reçu, subit un examen semblable à celui de l'herboriste de première classe, dans une école supérieure de pharmacie, une école de plein exercice, ou une école préparatoire de médecine et de pharmacie. Les droits à payer s'élèvent à 80 francs, ainsi répartis : examen 30 francs, certificat 40 francs, visa 10 francs.

Le diplôme obtenu doit être enregistré à la municipalité de la localité où veut s'établir l'herboriste, à la préfecture de police à Paris. Pour s'établir dans un autre département, un herboriste de seconde classe doit passer un nouvel examen.

L'herboriste ne peut vendre en concurrence avec les pharmaciens que des plantes médicinales *indigènes*, sèches ou fraiches non vénéneuses, ou les parties usuelles de ces plantes (fleurs, racines, tiges, feuilles) ; il leur est défendu de vendre des plantes exotiques, les compositions ou les préparations médicamenteuses même les plus simples (tisanes, emplâtres, etc.), sous peine d'être poursuivis pour exercice illégal de la médecine. Les plantes médicinales sont considérées comme des drogues simples.

Ajoutons enfin que la loi n'interdit pas aux herboristes de joindre à leur commerce une autre industrie, excepté à Paris, où les herboristes ne peuvent cumuler que celui de grainetier (ordonnance de police du 14 nivôse an XII, art. 7).

Les herboristes, les droguistes et les épiciers qui vendent des drogues sont soumis, comme les pharmaciens, à des visites destinées à vérifier la bonne qualité de leurs marchandises.

Les droguistes et les épiciers qui, contrairement à la loi, vendent des préparations pharmaceutiques même en gros, ou des drogues simples en détail au poids médicinal, sont passibles d'une amende de 500 francs, en vertu de l'article 33 de germinal.

Les herboristes qui ne sont pas mentionnés dans l'article 33, lorsqu'ils font illégalement de la pharmacie, sont punis comme les autres personnes faisant illégalement le commerce de la pharmacie sans diplôme.

Dans ce cas, suivant Briand et Chaudé, on doit leur appliquer non l'article 36 de la loi de germinal, mais l'article 1er de la déclaration de 1777, lequel prononce une peine de 500 francs d'amende ou plus s'il y a lieu ; la jurisprudence actuelle atténue généralement la peine, qui avant la Révolution ne pouvait être inférieure à 500 francs. Il est à remarquer que, pour les droguistes et les épiciers qui vendent des médicaments, l'amende est fixe (500 francs) et ne peut être atténuée. C'est-à-dire qu'ils sont punis plus sévèrement que le premier individu venu exerçant un commerce illégal de la pharmacie.

Les individus qui exercent le métier d'herboriste sans avoir passé d'examen et sans être pourvus de diplôme peuvent être poursuivis pour exercice illégal de la pharmacie : il faut bien entendu que la vente ou le débit des drogues ou des plantes simples soit bien constaté ; la simple détention de substances médicamenteuses ne suffit pas pour constituer l'exercice illégal de la médecine.

Visites. — Les pharmaciens sont assujettis à des visites destinées : 1° à vérifier la qualité des médicaments qu'ils ont dans leur officine ; 2° à rechercher les pharmaciens *ou les individus* qui sans autorisation légale se livrent à l'exercice de la pharmacie. Dans le premier cas, cette visite se fait, pour une ville où il y a une école de pharmacie et de médecine, par deux professeurs de l'école de médecine, des membres de l'école de pharmacie et un commissaire de police : dans les villes situées dans un rayon de dix lieues d'une école, par ces mêmes personnes et le commissaire de police, mais avec l'autorisation du préfet, du sous-préfet ou du maire. Dans le second cas, quelle que soit la situation de la ville, il faut toujours l'autorisation du préfet ou du maire. Les visites dans les officines et les magasins, destinées à vérifier la qualité des substances, ne sont pas facultatives : dans les villes où il y a une école, elles doivent être faites au moins une fois par an ; pour les villes situées dans un

rayon de dix lieues, elles ne sont pas obligatoires chaque année. D'après une circulaire du 24 avril 1859, ces commissions d'inspection, désignées par les préfets, se composent d'un docteur en médecine et de deux pharmaciens, ou d'un docteur en médecine, d'un pharmacien et d'un chimiste. Ils prennent le titre d'inspecteurs de la pharmacie.

Les pharmaciens et les droguistes payent les frais de ces visites, 6 francs pour les pharmaciens, 4 francs pour les épiciers et les droguistes; les herboristes, quoique soumis à ces visites annuelles, ne sont assujettis à aucun impôt.

Vente des substances vénéneuses. — En vertu de l'article 34 de la loi de germinal, les pharmaciens doivent : 1° tenir enfermées les substances vénéneuses dans des lieux sûrs et séparés dont ils ont *seuls* la clef; 2° ne vendre ces substances qu'à des personnes connues et domiciliées et pour un usage connu, et encore doivent-ils inscrire cette vente sur un registre spécial. L'amende encourue par les pharmaciens en contravention avec cet article de la loi de germinal était de 3000 francs, pénalité qui a été jugée excessive par la jurisprudence actuelle, et, d'après l'article 1er de la loi du 19 juillet 1845, les infractions relatives à la vente des substances vénéneuses sont punies d'une amende de 100 à 300 francs et d'un emprisonnement de six jours à deux mois.

Quant aux substances qu'on doit considérer comme vénéneuses, elles sont comprises sur le tableau annexé au décret du 19 juillet 1845 (voir p. 793), sauf à y ajouter celles qu'on pourra découvrir ultérieurement.

Tout individu peut faire le commerce des substances vénéneuses comprises dans ce tableau, mais il doit en faire la déclaration préalable, et remplir les formalités indiquées par la loi; mais la vente de ces substances destinées à l'usage médical est réservée aux pharmaciens seuls : ceux-ci ne peuvent, dans ce cas, délivrer la substance que sur une ordonnance datée et signée par un médecin, un chirurgien ou un vétérinaire breveté; cette ordonnance doit mentionner en toutes lettres la dose et le mode d'administration du médicament; elle est ensuite copiée sur un registre spécial par le pharmacien, qui ne la rend qu'après avoir apposé

son cachet, y avoir inscrit la date et le numéro de son registre; le médicament doit en outre porter une étiquette indiquant le nom et le domicile du pharmacien, l'usage interne ou externe du médicament (Briand et Chaudé). L'oubli d'une de ces formalités suffit pour mettre le pharmacien en contravention ; le médecin qui exerce à la fois la pharmacie et la médecine est soumis aux mêmes obligations.

Pour éviter les accidents que peut causer la confusion des médicaments qui doivent être pris à l'intérieur avec les médicaments réservés à l'usage externe, d'après une circulaire du 25 juin 1855, le pharmacien doit coller sur les fioles ou les paquets contenant des médicaments toxiques destinés à l'usage externe une étiquette *rouge-orangée* sur laquelle sont imprimés ces mots en caractères noirs : *Médicaments pour l'usage externe.*

L'oubli de cette inscription pourrait être l'objet de poursuites contre le pharmacien, qui doit également appliquer cette étiquette sur toutes les substances dangereuses, même celles qui ne sont pas comprises dans le tableau annexé au décret du 8 juillet 1850.

CHOIX DE RAPPORTS

ET D'OBSERVATIONS

Identité.

Vice de conformation des organes sexuels.

Le 24 janvier 1860, un de messieurs les juges d'instruction m'a fait examiner un enfant né le 10 avril 1850. Il est vêtu comme un jeune garçon ; il est fort en apparence, bien constitué et plus grand que la plupart des enfants de dix ans. Il est affecté d'un vice de conformation des organes génitaux qui, au moment de la naissance, a pu tromper sur son sexe, mais qui actuellement ne permet plus de douter et se rapporte sans hésitation possible au sexe masculin. Cet enfant est pourvu d'un pénis très court, composé presque exclusivement d'un gland long de 3 à 4 centimètres, et plus volumieux que celui d'un enfant de dix ans. L'extrémité du gland est imperforée ; l'orifice de l'urèthre s'ouvre à la face inférieure du pénis en arrière du gland. Le scrotum est flasque, ne contenant pas de testicules, et la ligne médiane est marquée par un repli très prononcé ; mais il n'y a pas de séparation réelle ni de cul-de-sac entre les deux replis que forme le scrotum et qui simulent grossièrement des grandes lèvres. Les recherches les plus minutieuses ne permettent pas de découvrir de testicules dans les aines ni dans le canal inguinal. Une particularité très singulière et qui serait de nature à faire douter de l'âge attribué à cet enfant, c'est la présence d'une très grande quantité de poils très fournis sur le pubis. Il en existe quelques-uns sous les aisselles. Il n'y a d'ailleurs pas de barbe. Les seins ne sont nullement développés. D'où je conclus que :

L'enfant qui m'a été présenté comme étant né le 10 avril 1850, des époux Guy (conforme à l'acte de naissance à moi communiqué), est un garçon.

Il est atteint d'un vice de conformation des organes génitaux consistant en un hypospadias compliqué de cryptorchidie qui atteste un défaut de développement, mais ne permet plus de se méprendre sur le sexe vé-

ritable de ce jeune garçon. (Tardieu, *Question médico-légale de l'identité*, p. 53.)

Mariage.

Annulation de mariage.

François L..., 20 ans, condonnier, était, depuis un grand nombre d'années, sujet à des attaques d'épilepsie. Elles avaient commencé par suite d'une chute sur la glace. Les accès, qui d'abord n'étaient suivis que d'une très légère aberration de la raison, devinrent plus sérieux et furent accompagnés de manie furieuse.

Il avait servi dans le 5e régiment d'infanterie légère, de 1838 à 1841, et, lorsqu'il sortit du service, il reprit son commerce. Lorsqu'il avait des attaques pendant cette période, il saisissait son marteau, son couteau, ou tout autre instrument qu'il avait sous la main, et le brandissait d'une manière menaçante, de façon à s'attirer les railleries de ses camarades.

Lorsqu'il fut hors du service, il retourna chez lui et se décida à se marier. La cérémonie fut fixée au 26 octobre 1841. Le 24, un mal de tête très intense survint et lui parut à lui-même un indice de l'imminence d'une attaque. Il appela un médecin qui l'avait traité anciennement pour cette maladie, et lui demanda de le saigner, opération qui lui avait toujours procuré du soulagement. Le médecin refusa, par le motif que ce remède ne devait pas être trop souvent employé. — Le 26, quelques heures avant le mariage, il fut saigné par un autre médecin, mais sans aucune diminution de la douleur. Pendant la cérémonie civile et religieuse du mariage, L... était abattu et taciturne ; il ne dit rien en dehors du simple *oui*. En quittant l'église, il fut saisi d'une douleur atroce de la tête ; elle fut tellement excessive que, dans la maison de son beau-père, il fut obligé de se mettre au lit. La chambre dans laquelle il se trouvait était voisine de celle où l'on préparait le repas de noces. Là, il fut saisi d'un accès d'épilepsie furieuse, et, tandis que les personnes qui étaient avec lui couraient chercher des cordes pour l'attacher, il se précipita tout nu dans la salle à manger, avec une pelle dont il s'était emparé, poursuivit une femme qui s'enfuit, et la renversa par terre en lui frappant un coup sur la tête. Son beau-père s'interposa ; mais, ainsi que les autres, il fut chassé. Le malade se mit alors par terre devant la porte, rongeant la pierre avec les dents ; enfin il se leva avec un couteau de cordonnier à la main ; il ouvrit la porte de force, s'écriant qu'il voulait les tuer. La première personne qu'il rencontra fut son beau-père, qu'il tua à l'instant. *Cette attaque continua pendant trois jours.* — Le 29, la raison revint ; mais le malade pouvait seulement se rappeler le moment du mariage, et rien de ce qui suivit ; il supposait qu'il avait dormi pendant tout ce temps. Il fut bientôt transporté dans l'asile de Clément, où il se trouve encore. Dans ces circonstances, le tuteur de S... s'adressa

à la cour pour obtenir la déclaration de nullité de mariage, par la raison que cet épileptique n'était pas complètement sain d'esprit au moment de la cérémonie, et par conséquent n'était pas apte à donner son consentement. La cour prononça la nullité du mariage [1]. (Legrand du Saulle, *Traité de médecine légale*, p. 9.)

Folie.

Témoignages des aliénés.

Aux environs de Troyes existe un domaine assez considérable, connu sous le nom de Petit-Château de Saint-Pouange. C'est là que, depuis vingt-cinq ans environ, le sieur G..., ancien imprimeur, habitait en 1846 dans une solitude absolue. Son manoir, véritable fort détaché, est protégé par une triple enceinte de haies, de fossés et de barrières. Sur la porte d'entrée, on lisait avec surprise cette inscription : *Franc fief de droit naturel ;* et si quelque voyageur se présentait pour visiter cette habitation, soudain le pont-levis se levait, et une voix forte faisait entendre ces mots : « Arrête, citoyen ; respecte mon domaine. Qui es-tu ? que demandes-tu ? » Cette voix était celle du sieur G..., vieillard de soixante-seize ans, qu'une exaltation singulière d'idées sur tout ce qui touchait la religion, la politique, la justice et les rapports sociaux avait rendu maniaque. Fidèle adorateur du soleil, auquel il allait faire ses adorations trois fois par jour devant un hôtel de gazon élevé de ses propres mains au milieu de sa propriété, il entrait en fureur lorsque la cloche du village appelait les fidèles à la messe. Le vent soufflait-il avec violence, c'était un vent que le prêtre du village lui envoyait pour lui être nuisible. Il ne mangeait jamais de viande et avait en horreur tous vêtements tissés avec la toison d'un animal. A ses côtés pendait un sabre prêt à frapper des ennemis imaginaires, etc...

Le 23 août 1843, G... fut assailli dans sa forteresse par quatre malfaiteurs, qui, après l'avoir garrotté, lui volèrent son argent. Des agents de l'autorité s'étant présentés chez lui pour demander des renseignements, G... ne voulut pas les laisser pénétrer dans son habitation, déclarant qu'il ne ferait connaître que par la voix d'un journal ce qui lui était arrivé ; il écrivit, en effet, au *Journal de l'Aube*, une lettre circonstanciée qui fut lue à l'audience. — Les accusés furent tous condamnés.

La déposition écrite de G... a contribué pour beaucoup à la condamnation des malfaiteurs [2]. (Legrand du Saulle, *idem*, p. 611.)

1. *American journal of insanity*, t. II, p. 186 ; extrait de la *Gazette des tribunaux*, numéro du 7 janvier 1845.
2. Legrand du Saulle, *La folie devant les tribunaux*, p. 575.

Ecrits des aliénés.

« C'est pourquoi, le 26 novembre 1834, nous débarquâmes à Montévidéo, nous fîmes main basse sur tous ces êtres monstrueux des crèches et des dépôts de mendicité, vivant de leurs propres illusions, dans l'ordre physique, mystique, moral et positif. Ces petits êtres honteux, infects et scrofuleux se tenaient poussement dans l'attitude voulue pour les illusions sacerdotales. Ils s'aimaient dans eux, vivaient dans eux, et se faisaient constamment porter en chœur avec toute la batterie de leur être par cette eau d'hommes infects qu'on appelait don Antonio Costro, cartouche de l'ordre Gréphiny, général des jésuites, frère Micos et toute la troupe de la collégiale de ces petits monstres, etc. » (Legrand du Saulle, *idem*, p. 702.)

« Lorsque le choléra a éclaté, j'avais une bosse froide dans le cerveau : le miasme cholérique est très irritant, j'ai eu par conséquent le choléra cérébral. Je serai toujours un être très original. Je ne me considère pas comme un saint ayant le pouvoir de ressusciter les morts, parce que je ne pourrais le faire que par l'autorisation de Dieu lui-même, qui en donnerait la mission à de plus parfaits que moi. Je donne ma démission de saint. J'ai fait de grandes observations sur l'étiologie féminine ; je pense qu'une jeune fille ne devrait jamais aller au bal que gantée et vêtue d'un caleçon imperméable. Je vais me faire recevoir médecin. Que deviennent mes parents et mes amis ? Car, nous autres savants ou apprentis savants, à peine avons-nous le temps de nous occuper des douleurs de l'humanité. Nous sommes parfois obligés d'imiter Périclès, au risque de passer pour des disciples de Zénon, qui prétendait que la douleur n'était pas douloureuse... Je vais essayer de me faire recevoir académicien... Oh ! si le hêtre me console, le chêne me rend grave, le tremble me rassure, le bouleau me fait pleurer, le tilleul me fait penser à mon frère mort si jeune, l'aune me donne l'expérience, l'épine noire me fait pleurer sur les plaies de Notre-Seigneur, etc., etc. » (Legrand du Saulle, *idem*, p. 703.)

Aveux faits pendant la maladie.

Un clerc de notaire, âgé de vingt-deux ans, d'une constitution chétive, mais d'une santé habituelle cependant bonne, fut accusé d'avoir soustrait à son patron une somme de 1700 francs en billets de banque. Ce jeune homme protesta de son innocence, et, malgré l'impunité qui lui était promise, il ne voulut jamais s'avouer l'auteur du vol.

Une plainte fut néanmoins portée contre lui : son arrestation s'ensuivit.

Pendant l'instruction, il tomba malade. Atteint d'une fièvre typhoïde très grave et en proie pendant deux ou trois jours à un violent délire, Charles B... s'écria à plusieurs reprises : « Voleur... j'ai volé... billets de banque... 1700 francs... en prison... la guillotine... déshonoré... il

me faut un pistolet... au voleur ! je suis un voleur... arrêtez-moi. » Bien qu'échappées à une déraison patente pour tout le monde, ces paroles accusatrices furent recueillies, et elles vinrent grossir le dossier du prévenu. Entouré des soins éclairés et dévoués du médecin de la prison, Charles B..., après plusieurs semaines de souffrances, se rétablit complètement et ne garda en aucune façon le souvenir des propos qu'il avait pu tenir et des *révélations incomplètes* qu'il avait pu faire.

Lorsqu'il fut tout à fait revenu à ses habitudes physiologiques, il fut interrogé de nouveau par le magistrat instructeur et repoussa avec indignation l'accusation qui pesait sur lui. On lui annonça alors que, pendant son exaltation fébrile, il avait prononcé des paroles compromettantes, et on l'engagea à entrer définitivement dans la voie des aveux. Aucune exhortation ne put le fléchir.

Éprouvant un assez grand embarras, le juge d'instruction posa alors au médecin de la prison la question de savoir si, *dans un cas de fièvre typhoïde avec délire, les paroles d'un malade pouvaient être de quelque valeur*.

Notre confrère, ne voulant point assumer sur lui seul le fardeau d'une aussi lourde responsabilité, demanda quelques jours pour réfléchir, et ce fut alors qu'il me demanda un avis.

Je répondis ce qui suit :

« Il n'est pas très rare que des malades éprouvent des désordres intellectuels en rapport jusqu'à un certain point avec les scrupules, les préoccupations, les craintes et même les remords qui agitaient violemment leur esprit avant l'invasion du délire ; mais, de même que l'on voit de malheureux aliénés, et notamment des mélancoliques, faire des aveux aussi accablants que mensongers et s'accuser de crimes purement imaginaires, de même il peut arriver qu'une profonde émotion, causée par le concours de circonstances graves, se reflète en quelque sorte dans le délire qui survient pendant le cours d'une fièvre typhoïde. L'exercice régulier de la pensée étant fâcheusement entravé, il ne me paraît point admissible que l'on puisse interpréter pour ou contre l'accusé des paroles, des gestes ou des actes émanant d'un cerveau si fortement compromis. Les paroles de Charles B.... peuvent tout au plus être acceptées à titre de simples renseignements. »

Cette manière de voir trouva grâce auprès du magistrat. L'instruction s'acheva lentement, et nous avons appris qu'en l'absence de preuves suffisantes établissant la culpabilité du prévenu le jeune clerc de notaire avait été mis en liberté. — Un an après, son innocence fut reconnue. (Legrand du Saulle, *idem*, p. 712.)

Incontinence nocturne d'urine. — Valeur symptomatique de ce signe.

J'ai vu en 1872, à la prison militaire de la rue du Cherche-Midi, un jeune homme de vingt-sept ans. Il occupait une chambre d'officier, et il

était accusé de désertion devant l'ennemi, d'usurpation de fonctions et de port illégal de décoration. Au premier abord, une terrible pénalité lui semblait réservée ! Mais passons en revue les commémoratifs de l'observation et divers incidents de la vie si agitée du prévenu.

C.... appartient à une famille distinguée. Il est le frère d'un jeune magistrat. Il a fait ses études au collège de Sainte-Barbe et n'a jamais été un élève brillant. Il passait pour n'avoir point de mémoire. D'un caractère peu expansif, il était volontiers triste et morose, tout en ayant quelquefois des accès étranges et non justifiés d'irascibilité et de violence. A dix-huit ans, on le considérait comme « un original », et déjà, depuis trois ou quatre ans, il lui arrivait environ cinq ou six fois par an d'uriner au lit. A dix-neuf ans, il a eu, dit-il, une fièvre cérébrale ; il a déliré pendant deux ou trois jours et a dû être attaché, mais il s'est remis presque tout de suite. Le docteur Bucquoy lui a donné des soins à cette époque, mais cet honorable et distingué confrère n'a gardé aucun souvenir du malade.

C... entre à l'école de Saint-Cyr. Il y travaille avec zèle, se porte généralement bien, mais il continue toutefois à avoir de temps à autre ce qu'il appelle « ses faiblesses de vessie ». Au bout de deux ans, il est nommé sous-lieutenant dans un régiment d'infanterie de ligne, en Afrique. Là, il se montre difficile à vivre, querelleur, grossier, insolent, insociable. Il commence à boire de l'absinthe, s'exalte par intervalles, se fait punir par son colonel, se bat en duel et se trouve bientôt dans l'impossibilité de rester à son corps. Il passe avec son grade dans un bataillon de tirailleurs algériens, continue à s'absinthiser, paraît tout d'abord s'accommoder bien mieux du caractère, des habitudes et des allures de ses nouveaux collègues, les officiers de turcos, mais éprouve ensuite de graves désagréments pour affaires de service.

Sur ces entrefaites, il remarque qu'il urine très souvent au lit, si souvent même que, dans l'un de ses logements, on l'oblige à payer son couchage. Dans une longue marche qu'il fait dans la province de Constantine, il s'évanouit et est transporté dans un hôpital. Il y reste trois mois et on le traite pour un *coup de soleil*. De retour parmi les turcos, il a de grands ennuis, on lui suscite mille embarras, et, à une punition sévère que lui inflige un général, il répond par sa démission. Il quitte soudainement l'Afrique, ne prend congé de personne et arrive un beau jour dans sa famille, à la fin du mois de juin 1870.

Au moment de la déclaration de guerre, C... se demande avec inquiétude si sa position est régulière, s'il ne va pas passer pour un lâche, si sa démission a été acceptée, s'il ne pourrait pas être arrêté, et, dans le doute, il va s'engager. Il part comme simple soldat, se bat plusieurs fois autour de Metz, est fait prisonnier et est enfermé, avec une quinzaine de militaires, dans une église d'où il parvient à s'échapper.

C... s'oriente de son mieux, se cache le jour, marche la nuit, demande du pain sur sa route et finit par arriver encore au milieu de si

famille. Mais les événements se précipitent, de nouvelles armées s'organisent en France, et, dans un moment de véritable égarement, C... écrit à M. Gambetta, l'informe qu'il a été nommé lieutenant devant Metz et chevalier de la Légion d'honneur et sollicite de lui un emploi de son grade. M. Gambetta lui envoie aussitôt une commission de lieutenant d'infanterie et le dirige sur la Loire.

A la bataille de Coulmiers, C.. tombe, l'épaule gauche fracassée par une balle. Recueilli dans une ambulance et soigné un peu partout, il n'est pas guéri encore. Mais le jour s'est fait sur sa situation, et l'autorité militaire a reconnu : 1° qu'il aurait dû, après son évasion de l'église de Pont-à-Mousson, rejoindre le dépôt de son régiment, et que, ne l'ayant pas fait, il a déserté devant l'ennemi, crime prévu et puni de mort ; 2° qu'il n'a pas été nommé lieutenant devant Metz ; 3° qu'il n'a pas été décoré.

S'il sait s'y prendre, l'avocat de C... ne laissera pas subsister sérieusement l'inculpation de désertion devant l'ennemi. Par suite d'événements de force majeure, il y a eu une infraction aux règlements militaires ; mais, de là à la désertion, il y a un abîme. Aux débats, ce point restera évidemment acquis.

Je vais à la prison, je cause très longuement avec C... ; je lui fais raconter toute sa vie, et il proteste de toutes ses forces contre l'imputation de lâcheté ou de folie. Le fait est qu'il est calme, doux, intelligent, un peu pâle et maladif en apparence, mais sincère, confiant et résigné. En un mot, il s'ignore lui-même. (Legrand du Saulle, *idem*, p. 732.)

Hallucinations de la vue.

Un magistrat anglais jouissant de tout son bon sens, et remplissant avec une grande lucidité les devoirs de son emploi, tomba tout à coup dans un état de tristesse profonde. Il était poursuivi par une vision affreuse, à la réalité de laquelle il ne croyait pas, mais dont la présence imaginaire le glaçait de terreur. Voici du reste le récit de ses souffrances :

« Mes visions commencèrent il y a deux ou trois ans. Je me trouvai alors obsédé par la présence d'un gros chat, qui se montrait et disparaissait sans que je susse trop comment ; je ne fus pas longtemps dans l'erreur, et je reconnus que cet animal domestique était le résultat d'une vision, produite par le dérangement des organes de la vue ou de l'imagination. Au bout de quelques mois, le chat disparut et fit place à un fantôme d'une nature plus relevée ou qui du moins avait un extérieur plus imposant. Ce n'était rien moins qu'un huissier de la Chambre, costumé comme s'il eût été au service du lord lieutenant d'Irlande ou de tout autre personnage élevé en dignité. Ce fonctionnaire, portant l'habit de cour, les cheveux en bourse, une épée au côté,

une veste brodée au tambour et le chapeau sous le bras, glissait à côté de moi. Soit dans ma propre maison, soit dans celle des autres, il montait l'escalier devant moi comme pour m'annoncer dans le salon. Quelquefois il semblait se mêler parmi la compagnie, quoiqu'il fût évident que personne ne remarquait sa présence et que j'étais seul témoin des honneurs chimériques qu'il me rendait. Ce caprice de ma imagination ne fit pas sur moi une très forte impression, il me porta néanmoins à concevoir des doutes sur la nature de cette maladie et à craindre les effets qu'elle pouvait produire sur ma raison. Cette apparition devait aussi avoir son terme : quelques mois après, l'huissier de la Chambre ne se montra plus et fut remplacé par une apparition horrible à la vue et désolante pour l'esprit... un squelette. Seul ou en compagnie, ce dernier fantôme ne me quitte jamais. C'est en vain que je me suis répété cent fois qu'il n'a pas de réalité et que ce n'est qu'une illusion causée par le désordre de mon esprit et le dérangement des organes de ma vue. A quoi servent de telles réflexions, quand l'emblème et le présage de la mort sont sans cesse devant vos yeux ? La science, la philosophie, la religion même n'ont pas de remède pour une telle maladie, et je sens trop sûrement que je mourrai d'un mal si cruel, quoique je ne croie aucunement à la réalité du spectre qui se place sous mes yeux. » (Legrand du Saulle, *idem*, p. 761.)

Hallucinations de l'ouïe.

Henke a rapporté l'observation d'un nommé Ihiel, charpentier à Pregelswalde, qui s'adonnait souvent à l'ivrognerie et qui, sous l'influence d'une hallucination, assomma à coups de hache un de ses enfants âgé de cinq ans. Voici en quels termes le meurtrier lui-même raconta son crime :

Bientôt après, je ressentis dans mon lit une anxiété si grande que je tremblai de tout mon corps. Il me semblait qu'une voix intérieure me disait : *Il faut maintenant que tu assommes ton enfant.* Comme jamais pensée aussi atroce ne m'était venue à l'esprit, je sautai à bas de mon lit, portai vers le ciel mes mains jointes, me dis à moi-même à voix basse, en me promenant dans ma chambre : *Grand Dieu ! Seigneur Jésus ! je dois donc tuer mon enfant !* Aucune voix intérieure ni extérieure ne me répondit, et je me recouchai. Je caressai alors l'enfant endormi et me dis à mi-voix : *Dors, mon enfant chéri, dors.* Il y avait à peine trois ou quatre minutes que je m'étais recouché, lorsque l'anxiété aussi que le tremblement revinrent, et que quelque chose d'inconnu répéta mais plus impérativement que la première fois : *Assomme à l'instant même ton enfant !* Il me fut impossible de résister, je me levai aussitôt en chemise, j'allai chercher sous la couchette de mes deux filles une hache, la portai précipitamment, le tranchant tourné vers ma droite jusqu'au lit où dormait mon fils, et la saisis à deux mains par

manche. Il était environ cinq heures du matin ; il faisait grand jour, et mes larmes inondaient ma figure, à la vue de mon fils chéri qu'une voix impérieuse m'ordonnait de tuer. Il me fut impossible de reprendre mes sens : je levai la hache, et aussitôt que je fus assez près du lit, j'en donnai, avec le gros bout, trois ou quatre coups sur la tête de mon fils. J'ignore sur quel point, car j'étais privé de mes sens. Je me rappelle seulement que les coups furent portés coup sur coup de la hauteur d'un pied à un pied et demi, et qu'à chacun d'eux il fit des mouvements violents, sans proférer une parole, mais poussant seulement des gémissements, parce que, probablement, le premier coup porté pendant son sommeil l'avait déjà grièvement blessé. Lorsque je vis couler son sang, je revins un peu à moi, je portai la hache là où je l'avais prise et réveillai ma fille aînée en lui disant : *Charlotte! lève-toi, appelle ta mère ; j'ai tué mon Charles avec la hache.* Elle répond : « Seigneur Jésus ! que dites-vous, mon père ? — Oui, oui, va chercher ta mère, j'ai bien réellement tué mon petit Charles avec la hache. » Ma fille commença alors à se lamenter et courut en chemise avertir sa mère, pendant que mon autre fille, que j'avais aussi réveillée, se mit à pleurer. Quant à moi, je venais de mettre ma culotte; mais mes sanglots et le tremblement de mes membres m'empêchèrent de la boutonner, de sorte que, lorsque ma femme arriva, elle me trouva encore occupé à m'habiller. Elle s'écria : « *Ah! mon Dieu! Charlotte dit que tu as assommé Charles!* — Oui, répondis-je, cela est vrai; il est dans le lit, mais il ne paraît pas être tout à fait mort, car il remue encore. » Ma femme se précipite alors vers le lit, en retire l'enfant, le prend dans ses bras et court avec lui en allant et venant d'un bout de la chambre à l'autre ; mais bientôt il cesse de donner des signes de vie. Je ne puis concevoir comment j'ai pu commettre un crime si atroce; mais j'éprouvais une anxiété, une agitation telles, un trouble tel dans ma tête et quelque chose de si irrésistible en moi, que j'ai été obligé d'exécuter l'action. J'étais alors à jeun, je n'étais pas malade, je ne m'explique donc pas comment j'ai été frappé d'un si grand malheur. Je supplie qu'on me fasse grâce et qu'on ne me fasse pas périr sur l'échafaud, quoique je convienne l'avoir mérité. (Legrand du Saulle, *idem*, p. 774.)

Somnambulisme.

Dom Duhaguet était d'une très bonne famille de Gascogne et avait servi avec distinction : il avait été vingt ans capitaine d'infanterie ; il était chevalier de Saint-Louis. Je n'ai connu personne d'une piété plus douce et d'une conversation plus aimable.

Nous avions, me disait-il, à ***, où j'ai été prieur avant de venir à Pierre-Chatel, un religieux d'une humeur mélancolique, d'un caractère sombre, et qui était connu pour être somnambule. Quelquefois, dans ses accès, il sortait de sa cellule et y rentrait seul; d'autres fois, il s'égarait

et l'on était obligé de l'y reconduire. On avait consulté et fait quelques remèdes ; ensuite, les rechutes étant devenues plus rares, on avait cessé de s'en occuper. Un soir que je ne m'étais pas couché à l'heure ordinaire, j'étais à mon bureau à examiner quelques papiers, lorsque j'entendis ouvrir la porte de mon appartement, dont je ne retirais presque jamais la clef, et bientôt je vis entrer ce religieux dans un état absolu de somnambulisme. Il avait les yeux ouverts, mais fixes, n'était vêtu que de la tunique avec laquelle il avait dû se coucher et tenait un grand couteau à la main. Il alla droit à mon lit, dont il connaissait la position, eut l'air de vérifier en tâtant avec la main si je m'y trouvais effectivement ; après quoi il frappa trois grands coups tellement fournis, qu'après avoir percé les couvertures, la lame entra profondément dans les matelas, ou plutôt dans la natte qui m'en tenait lieu. Lorsqu'il avait passé devant moi, il avait la figure contractée et les sourcils froncés. Quand il eut frappé, il se retourna, et j'observai que son visage était distendu et qu'il y régnait quelque air de satisfaction. L'éclat de deux lampes qui étaient sur mon bureau ne fit aucune impression sur ses yeux, et il s'en retourna comme il était venu, ouvrant et fermant avec discrétion deux portes qui conduisaient à ma cellule ; et bientôt je m'assurai qu'il se retirait directement et paisiblement dans la sienne.

Vous pouvez juger, continua le prieur, de l'état où je me trouvai pendant cette terrible apparition. Je frémis d'horreur à la vue du danger auquel je venais d'échapper, et je remerciai la Providence ; mais mon émotion était telle, qu'il me fut impossible de fermer les yeux le reste de la nuit. Le lendemain, je fis appeler le somnambule, et je lui demandai sans affectation à quoi il avait rêvé la nuit précédente. A cette question, il se troubla. « Mon Père, me répondit-il, j'ai fait un rêve si étrange, que j'ai véritablement quelque peine à vous le découvrir ; c'est peut-être l'œuvre du démon, et... — Je vous l'ordonne, lui répliquai-je ; un rêve est toujours involontaire, ce n'est qu'une illusion. Parlez avec sincérité. — Mon Père, dit-il alors, à peine étais-je couché, que j'ai rêvé que vous aviez tué ma mère ; que son ombre sanglante m'était apparue pour demander vengeance, et qu'à cette vue j'avais été transporté d'une telle fureur que j'ai couru comme un forcené à votre appartement, et, vous ayant trouvé dans votre lit, je vous y ai poignardé. Peu après, je me suis réveillé tout en sueur et détestant mon attentat ; et bientôt j'ai béni Dieu qu'un si grand crime n'ait pas été commis. — Il a été commis plus que vous ne pensez, lui dis-je avec un air sérieux et tranquille.

Alors je lui racontai ce qui s'était passé et lui montrai la trace des coups qu'il avait cru m'adresser. A cette vue, il se jeta à mes pieds, tout en larmes, gémissant du malheur involontaire qui avait failli arriver, et implorant telle pénitence que je croirais devoir lui infliger. — « Non, non, m'écriai-je, je ne vous punirai point d'un fait involontaire, mais désormais je vous dispense d'assister aux offices de la nuit, et vous préviens que votre cellule sera fermée en dehors, après le repas

du soir, et ne s'ouvrira que pour vous donner la facilité de venir à la messe de famille qui se dit à la pointe du jour. (Legrand du Saulle, *idem*, p. 756.)

Epileptique vertigineux.

D..., ouvrier bijoutier, âgé de vingt-huit ans, est intelligent, mais bizarre et morose. Il est laborieux, gagne huit francs par jour et habite avec ses parents. Son père, porteur de journaux, est faible d'esprit; sa mère est violente et adonnée à l'ivrognerie. D... a des vertiges épileptiques, à la suite desquels il est très troublé pendant quelques instants. Un jour, il jette par la fenêtre une foule d'objets mobiliers; une autre fois, il se déshabille et descend tout nu l'escalier; une autre fois encore, il entre dans une maison de la rue Taitbout, monte au quatrième étage, voit une clef à une porte et entre sans frapper. Arrivé au milieu de la chambre, il laisse tomber un cahier de musique qu'il tenait à la main, reste immobile et paraît ahuri. On le prend pour un voleur et on l'arrête. Conduit au poste, il déclare qu'il n'avait rien à faire dans la rue Taitbout et qu'il est très surpris d'y être passé, qu'il ne connaissait personne dans la maison qu'on lui désigne et qu'il ne se souvient pas d'y avoir pénétré. Il convient seulement qu'il est sorti de chez lui, à telle heure, avec un cahier de musique sous le bras. A chacune de ses arrestations, j'ai interrogé D... et signalé l'épilepsie. Ce malade est actuellement à Bicêtre, déjà depuis plusieurs années, et il a été très vite frappé de démence. (Legrand du Saulle, *Etude-médico-légale sur les épileptiques*, p. 19, obs. I.)

Epileptique aliéné.

C... (Celorum-Edouard), tailleur, âgé de trente ans, protestant, très peu aisé, ayant à nourrir son père, sa femme et plusieurs enfants, entre à l'asile public d'aliénés d'Avignon, le 17 mai 1856, en vertu d'un arrêté du préfet du Gard. Sa mère avait un caractère très emporté et s'adonnait à la boisson. Son oncle paternel était somnambule, et son cousin germain maternel était atteint de folie furieuse, avec impulsions homicides. Il sait lire et écrire, est très laborieux, s'impose des privations et s'alimente d'une manière insuffisante. Il a perdu un fils et deux filles à la suite de convulsions.

Il s'est marié à l'âge de vingt ans et n'est devenu épileptique que trois ans après. Une nuit, il éprouva des mouvements convulsifs et fut pris d'un ronflement particulier. Sa femme se leva pour lui porter secours et s'aperçut qu'il était sans connaissance, qu'il avait la face violacée et noirâtre, et que sa bouche était remplie d'écume. A son réveil, il n'eut conscience de rien. Une attaque semblable se renouvela un mois après, et dès lors il en apparut d'autres, mais sans ucune trace consé-

cutive de trouble intellectuel. Au bout de cinq ou six mois, les attaques disparurent, et on le crut guéri. Tout à coup, après une vingtaine de crises, qui se succédèrent presque sans interruption, C... devint furieux, voulait tuer quiconque s'approchait de lui et dut être attaché. A dater de cette époque, les mêmes fureurs reparurent de temps à autre, et une fois, il faillit étrangler son père. Un autre jour, il était au lit et surveillé par deux personnes, quand il se leva précipitamment, s'élança d'un bond vers la fenêtre, rompit l'espagnolette, se jeta dans la rue et se blessa à la tête.

A l'asile d'Avignon, C... se montre calme, poli, orgueilleux et vantard; il ne convient pas qu'il soit malade et se croit très supérieur de toute façon à tous ses compagnons. Son appétit et son sommeil ne laissent rien à désirer.

Quelques attaques convulsives surviennent, et on note à la suite de la demi-stupeur, des hallucinations de la vue et de l'ouïe, et de légères divagations. Une *aura* abdominale l'avertit qu'il va être malade, et avant de tomber il appelle lui-même l'infirmier. Dans l'intervalle des attaques, il a des vertiges.

M. le docteur Geoffroy, ancien député de Vaucluse, médecin de l'asile, officier de la Légion d'honneur, lui témoigne un sincère intérêt, s'occupe de lui, lui accorde le régime exceptionnel, lui fait quelques petits cadeaux, et le malade, dans l'effusion de sa reconnaissance, l'appelle son « second père ». Et cependant, le 23 avril 1857, à onze heures du matin, C... prétexte une indisposition, se montre inquiet, réclame le médecin, et se place devant la porte du cabinet médical, dans l'attitude d'un homme souffrant et blessé, appuyé sur la jambe gauche, la main droite placée sur la poitrine et enfermée dans sa veste. Il voit s'approcher M. Geoffroy, lui dit qu'il a mal à la jambe, et, au moment où le médecin va se baisser, il le saisit et le frappe violemment au côté gauche. M. Geoffroy recule étonné. L'interne, M. Laurent, appelle du secours et se suspend au cou de C..., qui se débat avec force, cherche à s'élancer de nouveau sur sa victime, et brandit en l'air une forte paire de ciseaux, dont les deux lames sont placées en croix et assurées dans cette position par un mouchoir de poche, ce qui avait permis à l'assassin de se servir d'une des lames comme d'un poignard. On le désarme, on s'empare de lui et on l'enferme dans une cellule, puis on s'approche de M. Geoffroy, qui, stupéfait, pâle et chancelant, continuait à donner des ordres. Une heure et demie après, le médecin de l'asile d'Avignon n'était plus!

C... avait eu des attaques vers la fin de mars et au commencement d'avril. Le 21 et le 22 avril, on n'avait rien remarqué d'anormal chez lui. Son appétit était excellent et son sommeil tout à fait paisible. Le 23 au matin, il avait été à l'atelier des tailleurs, et y avait pris la paire de ciseaux. Dans la nuit du 23 au 24, il a eu une attaque d'épilepsie. Le 24 au matin, il est sans remords, ne sait ce qu'il a fait et paraît surpris du mécontentement courroucé qu'on lui témoigne.

L'enquête a démontré que, depuis quelques jours, C... avait entendu les voix venant de membres d'une société secrète, qui lui disaient que, *s'il ne tuait pas le médecin, il serait malheureux toute sa vie.* Il avait voulu tuer M. Geoffroy sur le coup, et il assure qu'il n'avait eu qu'à se louer de lui, qu'il l'aimait beaucoup, mais que, néanmoins, il est très content de ce qu'il a fait. Les voix lui avaient également appris qu'il fallait frapper au côté gauche de la poitrine.

A la suite de ce crime, C... a été retenu en cellule et éloigné de tout contact avec les autres malades. Les attaques convulsives sont devenues fréquentes et presque toujours suivies de trouble mental, d'hallucinations des sens et d'impulsions homicides. Les périodes de calme et de lucidité ont été de courte durée. Dès qu'il revenait complètement à lui, il regrettait amèrement l'assassinat qu'il avait commis, se laissait aller à un véritable repentir, et s'accusait d'être un misérable; mais, dès que son intelligence commençait à se troubler de nouveau, il s'enorgueillissait de son crime et s'applaudissait d'avoir obéi aux ordres reçus.

C... est resté à l'asile, et il y est mort quelques années après. (Legrand du Saulle, *idem*, p. 79, obs. XVII.)

Epilepsie larvée.

Un sieur K..., journalier, âgé de quarante-quatre ans, d'une sobriété exemplaire, marié, père de deux enfants, déclare qu'il a des *lubies* : « Je suis, dit-il, bien tranquille quelque part et j'y gagne honnêtement ma vie, quand une lubie me prend, n'importe à quel moment, à mon travail, à souper ou dans mon lit; j'abandonne tout, femme, enfants, outils, argent, effets, et j'enfile le chemin qui est tout droit devant moi. Pendant tout le temps que cela me tient, je ne peux pas me raisonner. » Et il rapporte alors qu'il a erré en Savoie et en Suisse, qu'il a été une fois éloigné de chez lui pendant trente et un mois, par suite de circonstances curieuses à connaître. Excellent ouvrier, il trouvait toujours de l'ouvrage, et il se mettait en demeure d'amasser un pécule pour pouvoir prendre le chemin de fer et rentrer auprès des siens; mais, avant qu'il possédât une somme suffisante pour son voyage, il était repris de son même accident intellectuel, partait et perdait tout!

K... est Breton. Sa présence d'esprit, sa sincérité et sa bonhomie commandent l'intérêt et la sympathie. Le récit de ses aventures, de ses souffrances et de ses malheurs constitue une page sérieuse de pathologie, car on y retrouve la soudaineté de l'*ictus epilepticus*, le besoin machinal de marcher, l'amnésie, l'imprévoyance morbide, la périodicité et l'uniformité des troubles de la pensée, ainsi que le retour absolu du calme, de la raison et du *modus vivendi* pendant les armistices de sa névrose.

Cet homme était si bien un épileptique larvé, que, depuis son séjour à Bicêtre et depuis l'administration d'un traitement bromuré, il n'a pas

été une seule fois repris de ces manifestations étranges qu'il a appelées ses *lubies*. Son état mental était parfait au moment de sa sortie. (Legrand du Saulle, *idem*, p. 92, obs. XXII.)

Un fonctionnaire d'un ordre élevé, âgé d'une cinquantaine d'années, est doué d'une intelligence au-dessus de la moyenne. C'est un homme très estimé et de relations sûres et agréables. Voici ce qui lui arrive : de temps en temps, tous les quarante ou cinquante jours à peu près, au moment où l'on s'y attend le moins, il pâlit, a le hoquet, se met à aboyer, prend à terre une attitude grotesque et invariablement la même, et, dans des termes orduriers, profère contre sa femme les plus terribles menaces de mort. Au bout d'un temps variable et qui oscille entre dix minutes et une heure et demie ou deux heures, il se relève, revient à lui, s'aperçoit qu'il a dû se passer quelque chose d'extraordinaire, se met à pleurer et demande pardon à sa femme. Cette scène une fois finie, il va à ses affaires, donne des ordres, se met à table, va dans le monde ou reçoit chez lui, et personne ne se doute de rien.

Le malade est cependant venu à Paris, et il y a pris et fait prendre l'avis d'un certain nombre de médecins. On a vaguement parlé de *folie intermittente avec impulsions homicides* et d'*hystérie chez l'homme*, mais j'ai cru pour ma part à un cas d'épilepsie larvée, et j'ai appris qu'un traitement bromuré persévérant avait produit la cessation très nette de tous les accidents. (Legrand du Saulle, *idem*, p. 94, obs. XXI.)

Epileptique alcoolique.

En Angleterre, il y a quelques années, Bisgrove et Sweet furent condamnés à mort pour assassinat. Après la signification de la sentence, Bisgrove avoua qu'il était le seul auteur du crime et disculpa entièrement Sweet, qui fut gracié par la reine. Un ecclésiastique, frappé des circonstances tout à fait insolites de l'affaire, fit spontanément une enquête et la communiqua au ministre de l'intérieur. Bisgrove était un enfant naturel; sa santé était mauvaise et son intelligence très débile. Il avait eu de fréquentes attaques d'épilepsie et avait été renvoyé à peu près de toutes les usines, car, après chacun de ses accès, il s'emparait de tout ce qui lui tombait sous la main et se jetait avec glément sur le premier venu. Il avait navigué, mais les voyages avaient été loin d'améliorer son état. Il en était là, lorsqu'un soir, après commis un excès de boisson et errant sans direction hors de la ville, il vit dans un champ un homme couché et endormi. Il prit une grosse pierre et lui écrasa la tête. Il se coucha ensuite à côté de sa victime et s'endormit. On l'arrêta le lendemain, ainsi que Sweet, qui avait été avec lui le jour du crime. Devant la Cour, son défenseur avait oublié de mentionner chez lui la faiblesse d'esprit et l'épilepsie! Le bienfaisant ecclésiastique obtint d'abord un sursis, puis la séquestration de Bisgrove à l'asile des fous criminels de Broadmoor. Là, quelque temps

après, se promenant avec un surveillant, il réussit à rester un peu en arrière, et il se rua sur l'employé, qu'il frappa à la tête avec une pierre. Il le tua et s'évada. A l'asile de Broadmoor, on supposa que Bisgrove, dont on n'a plus jamais entendu parler, avait fini par le suicide. (Legrand du Saulle, *idem*, p. 144, obs. XXXIX.)

Epileptique homicide.

Le cas le plus extraordinaire et le plus embarrassant qui se soit depuis longtemps présenté à l'examen des magistrats et des médecins est certainement celui de Henri Thouviot, l'assassin de la rue Cujas. Cet homme, dont la presse a eu le tort de beaucoup trop s'occuper, est né le 15 janvier 1851, à la prison de Saint-Lazare, d'une fille-mère qui n'était pas encore âgée de quinze ans et d'un père âgé de soixante-cinq ans, juif portugais, riche, très avare et violent. Il a été élevé pendant quatre ans par sa grand'mère, a suivi ensuite les oscillations diverses de la vie aventureuse de sa mère, a été placé pendant quelque temps au collège Chaptal, puis a exercé, depuis l'âge de quatorze ans, un grand nombre de professions différentes. Tour à tour relieur, sculpteur, mécanicien, garçon de salle, commis libraire, zouave pontifical et soldat en Afrique, il déclare « qu'il a manqué de direction ». Il rapporte avoir eu quelques étourdissements, avec lividité rapide des traits de la face, bruissements d'oreilles et besoin automatique de marcher devant lui, sans détermination réfléchie et consentie.

Thouviot est intelligent; il a la mémoire assez présente, répond avec précision et franchise à toutes les questions qui lui sont adressées, et ne craint pas de donner sur lui-même des renseignements étrangers au procès, mais qui témoignent d'une perversité précoce et strictement audacieuse. Il déclare avoir eu, à des intervalles irréguliers, « la démangeaison de tuer quelqu'un ». Ces sortes de *crises*, comme il les appelle, duraient de un à trois jours, et, pendant toute leur durée, il se sentait nerveux, vibrant, irascible, ému, incapable de tenir en place et toujours prêt à commettre une action violente, n'importe laquelle. Elles se sont renouvelées cinq fois depuis 1865. Bien que sobre habituellement, il a subi deux condamnations : l'une pour vagabondage, l'autre pour ivresse.

Le 11 juin 1874, en proie alors à cet état particulier dont il vient d'être parlé, il quitte sans motifs son patron, chemisier rue Laffitte, erre dans les rues, achète un couteau de 1 fr. 45, dîne non loin de la barrière du Trône, reprend sa marche au hasard, est accosté au faubourg Saint-Martin par une fille publique, la suit et passe la nuit avec elle. Le 12 juin, au matin, après s'être habillé et avoir pris le café au lait avec son hôtesse de rencontre, il tire son couteau de sa poche, l'examine attentivement et se demande si l'occasion ne lui fournit pas enfin une victime facile; mais il pense aussitôt que son crime pourra

être attribué au vol, et, pour ne pas être pris pour un infâme égorgeur de filles de joie, il s'éloigne. Il reprend sa course vagabonde dans les rues et sur les boulevards, et, bien décidé à frapper le premier passant qu'il trouvera sous sa main, il tient son couteau tout ouvert dans la poche de son pantalon. A deux heures de l'après-midi, il entre dans un petit restaurant de la rue Cujas, demande à déjeuner, et, pendant qu'on prépare les aliments dont il a machinalement fait choix, il écrit que sa destinée est d'aller au bagne ou de mourir sur l'échafaud, qu'il va commettre un crime, qu'il ne peut plus résister, mais qu'il ne sait pas s'il va frapper la dame qui est au comptoir ou la bonne de service. C'est la fille Marie Cotard, âgée de vingt ans, qui apporte le déjeuner, et elle tombe assassinée.

Arrêté sur-le-champ, Thouviot n'a jamais cessé d'être calme et lucide, et, pendant les cinq mois et demi qu'il a été médicalement observé à Mazas, on n'a pas, que je sache, noté chez lui le moindre phénomène délirant ou épileptique. Une seule fois cependant, il se serait laissé aller à un commencement de tentative de suicide. Après avoir reçu la visite d'un ancien protecteur et essuyé de sa part quelques reproches assez sévères, il se mit à pleurer et chercha tout à coup à s'étrangler avec son mouchoir. Ses co-détenus se jetèrent aussitôt sur lui et empêchèrent l'exécution de son projet.

Sur le rapport médico-légal de MM. G. Bergeron, Blanche et Lasègue, il fut considéré comme étant atteint de folie impulsive, avec accidents épileptiformes anciens, mais comme n'étant point un épileptique. (Legrand du Saulle, *idem*, p. 163.)

Folie lypémaniaque, délire des persécutions.

Rapport médico-légal sur un cas de folie lypémaniaque, avec hallucinations et délire de persécutions. Inculpation de faux.

Nous soussigné, commis par arrêt de la 7e chambre du tribunal de police correctionnelle, en date du 18 juin 1848, à l'effet de visiter le sieur C..., actuellement détenu à la Force, constater son état mental, et rechercher à quelle époque pourrait remonter le dérangement de ses facultés, nous sommes rendu le 20 janvier 1848 en la chambre du conseil de la 7e chambre, où nous avons prêté serment entre les mains de M. Jourdain, président du tribunal. Il nous a été en même temps fait remise au parquet du dossier qui concerne l'inculpé C...

Nous avons visité C... à trois reprises différentes, les 25 janvier, 7 et 17 février, et chaque fois nous avons causé longuement avec lui. Nous avons en outre pris connaissance des pièces de la procédure qui pouvaient nous éclairer soit sur les antécédents, soit sur les dispositions mentales de C..., depuis sa détention. C'est à l'aide de ces données, et après un examen répété, que nous pouvons répondre d'une manière précise aux questions qui nous ont été soumises.

Dans les trois visites que nous avons faites à la Force, C... s'est toujours présenté à nous sous le même aspect. Son teint est pâle, ses yeux caves et presque toujours baissés, son regard terne, ses cheveux en désordre; son attitude est caractéristique. La tête inclinée en avant, les mains constamment en mouvement, roulant entre les doigts son bonnet, la face agitée de contractions spasmodiques, il ne répond directement à aucune question et paraît avoir beaucoup de peine à suivre un raisonnement. Pas une seule fois C... ne s'est informé du motif et du but de mes visites.

Lorsque je l'ai interrogé sur ses affaires d'intérêt ou sur les causes de son arrestation, le plus souvent il s'est contenté de lever les yeux sur moi et de hocher la tête, et, quand il a voulu répondre, il n'a pu recueillir ses souvenirs, ou bien il a articulé quelques mots incohérents, avec des réticences évidentes. Il était cependant facile de comprendre qu'il faisait allusion à des inimitiés dont il se croit entouré, à des persécutions auxquelles il dit être en butte. Il se borne ordinairement à dire : « Oh! tout ça, tout ça, c'est toujours la même chose, ils sont tous contre moi. » Il y a eu à cet égard un progrès marqué entre ma première et ma dernière visite, c'est-à-dire dans l'espace de trois semaines : C..., qui d'abord s'était loué des bonnes intentions de M. Rivière, son défenseur, n'a pas tardé à le mettre au rang de ses ennemis imaginaires. Il se plaint d'être tourmenté; nous lui demandons : Par qui? Il nous répond : « Par tous ces gens, comme ça, qui sont à l'affût pour me perdre; » il ajoute en s'animant : « C'est M. Rivière qui a tout fait. » Sa mémoire est singulièrement affaiblie. Il ne paraît pas se rendre compte de ce qui s'est passé lorsqu'il a été amené devant le tribunal. Loin de vouloir se faire regarder comme aliéné, il se révolte à l'idée qu'on peut le soupçonner d'être atteint de folie, et voit là une nouvelle machination de ses ennemis. Du reste, malgré l'altération évidente de sa santé physique, il ne souffre pas de la tête.

Des renseignements que nous avons recueillis à l'infirmerie de la maison d'arrêt, il résulte que C... a eu, à plusieurs reprises la nuit, de véritables hallucinations. Pendant le jour, il se tient seul, taciturne, inoccupé, dans un coin de la salle. Il mange fort peu et a notablement maigri, ce que nous avons pu nous-même constater.

Quant aux antécédents de C... et à sa manière d'être, soit avant son arrestation, soit pendant l'instruction, nous trouvons dans les pièces de la procédure la preuve que, si l'inculpé a toujours eu l'intelligence bornée, il a néanmoins conservé jusqu'au mois de novembre 1847 un sentiment assez juste de sa position, et qu'il se préoccupait avec raison de ses affaires d'intérêt. L'interrogatoire de C..., le 23 octobre 1847, ne renferme rien autre chose que l'exposé très clair et très net de ses antécédents et des manœuvres qu'il a employées pour réaliser ses tentives d'escroquerie. Seulement, dans le second interrogatoire du 26 octobre, et dans deux lettres du 20 et du 25 novembre dont la première seule est autographe, on voit C... commencer à se plaindre de sa santé

et de ses dispositions morales. « Je vous fais d'ailleurs observer, « dit-il, que j'ai très peu la tête à moi. Je crois qu'on a déjà eu lieu de « s'en apercevoir dans la prison où je suis. » Ou encore : « Permettez-« moi, monsieur, de rappeler à votre souvenir la prière que je vous ai « faite relativement à l'état de ma santé et de ma raison. » Il est incontestable que C... serait hors d'état aujourd'hui d'apprécier sa position avec tant de justesse. En effet, il ne se rappelle même pas les lettres qu'il a écrites ou signées et que nous lui avons représentées.

De l'exposé des faits qui précèdent et de l'examen auquel nous nous sommes livré, nous concluons que :

1° Le nommé C... est actuellement en proie à une folie mélancolique parfaitement caractérisée, avec délire lypémaniaque et hallucinations;

2° L'aliénation mentale que l'on observe chez C... n'est pas simulée;

3° Ce dérangement des facultés morales et intellectuelles, auquel C... paraît avoir été prédisposé par une faiblesse d'esprit qui a existé chez lui de tout temps, ne s'est manifesté que pendant sa détention et a fait, depuis un mois seulement, des progrès très sensibles;

4° L'état mental de l'inculpé C... le rend aujourd'hui tout à fait incapable d'apprécier sa conduite et sa position; mais rien n'indique qu'il en fut de même lorsqu'il a commis les actes qui ont motivé son arrestation. (Tardieu, *Étude médico-légale sur la folie*, p. 367, obs. XIV.)

Coups et blessures.

Arrachement de l'utérus. — Mort après quelques minutes.

Au mois d'août 1839, un élève se présenta comme médecin pour délivrer une femme accouchée depuis trois heures. Il tira sur la matrice jusqu'à ce qu'il l'eut tout entière séparée du reste du corps, et ne laissa que les deux ovaires, une des trompes et une partie des ligaments larges. Il ne parvint à terminer cet arrachement qu'après *trois quarts d'heure* d'efforts inouïs. La femme, qui n'avait cessé de pousser des cris affreux, succomba *quelques minutes* après cette brutale opération. (Tardieu, *Étude médico-légale sur les blessures*, obs. III, p. 64.)

Arrachement de l'utérus. — Pas d'hémorrhagie. Mort après deux heures.

Pareil cas est arrivé dans la ville de Pulaski (État de New-York). L'accoucheur, après des efforts inouïs, ne s'aperçut de sa méprise que lorsque l'utérus tout entier eut été tiré hors du bassin; il crut n'avoir rien de mieux à faire que d'achever l'arrachement et de cacher sa faute. La femme mourut au bout de *deux heures :* il n'y avait pas eu d'hémorrhagie. (Tardieu, *idem*, obs. IV.)

Arrachement de l'utérus. — Mort au bout d'une demi-heure.

La même erreur a été commise en 1838 par un médecin : l'utérus fut encore pris par l'accoucheur pour un placenta plus adhérent qu'aucun de ceux qu'il eût rencontrés dans sa vie; les tractions durèrent *une heure et demie*, et la malade succomba *une demi-heure après* [1]. (Tardieu, *idem*, obs. V.)

Déchirure de la matrice et des intestins par suite de manœuvres obstétricales mal dirigées. — Mort après une heure.

Le 29 novembre 1675, j'ai vu en la rue de la Mortellerie, chez M. Paris, mon confrère, la sœur d'une pauvre femme qui venait de mourir, à ce qu'elle me dit, par les violences extraordinaires qu'un téméraire lui avait faites en sa présence durant *deux heures* entières pour l'accoucher; lequel, au lieu de lui tirer du ventre son enfant qui était vivant, l'avait tué avec ses instruments et avait en même temps *crevé et déchiré de tous côtés la matrice* de la mère, ce qui avait été cause qu'elle mourut *une heure* ensuite, et qu'une grande partie des intestins et du mésentère de cette femme sortirent hors de son ventre par l'endroit de ces déchirements, aussitôt que son enfant lui eut été tiré hors de la matrice. — La vérité de ce triste récit me fut aussitôt confirmée par M. Paris, mon confrère, qui me dit avoir été mandé à l'heure même, pour faire la réduction des intestins de cette femme qui était agonisante, lesquels il trouva tout à fait *hors de son ventre et tout meurtris, et le mésentère tout déchiré et en lambeaux*, m'assurant qu'il n'avait jamais vu un spectacle plus horrible [2]... (Tardieu, *idem*, obs. VI.)

Mauvais traitements exercés sur des enfants.

Sévices graves et mauvais traitements exercés sur de jeunes enfants par leurs père et mère (22 mars 1857, Cour de Rouen).

Les époux Vavasseur, demeurant à Louviers, après avoir laissé périr leur plus jeune fils par défaut de soins, sont venus répondre des mauvais traitements qu'ils ont fait subir à leur fils aîné.

Le médecin en chef de l'hôpital de Louviers, M. le docteur Picard, à l'examen duquel le jeune Edouard a été soumis, a résumé dans ces termes son rapport:

« Les nombreuses et violentes contusions observées sur une aussi

1. Extrait du *Journal de médecine et de chirurgie de New-York*. — *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, t. VII.

2. Mauriceau, *Traité des maladies des femmes grosses*, 1694, 4e édit., p. 369, et *Observation CXLVII, ibid.*, p. 116.

grande étendue du corps du jeune Edgard Vavasseur sont la preuve irrécusable que ce malheureux enfant a été soumis à plusieurs reprises à des violences extérieures; la pâleur et la bouffissure de sa face, sa faiblesse, son état anémique, sa disposition à perdre par le nez un sang peu coloré, annoncent que sa constitution générale est profondément altérée, et cette détérioration de sa santé me paraît avoir été provoquée par les mauvais traitements auxquels il est soumis depuis longtemps et est due peut-être à une nourriture insuffisante.

« Le jeune Vavasseur accusant sa mère d'être l'auteur principal de nombreuses blessures que j'ai constatées sur son corps, j'estime qu'il est d'une nécessité absolue de le conserver à l'hôpital, où il sera surveillé avec soin et sollicitude, et où il recevra le traitement approprié à ses nombreuses blessures, et aussi une nourriture confortable donnée avec intelligence et indispensable au rétablissement de sa santé. »

M. le docteur Picard ne s'était pas trompé sur les résultats que pourraient obtenir les soins et le régime, car, ayant dressé son rapport le 2 mars 1857, il a rendu compte en ces termes de l'état tout à fait satisfaisant de l'enfant qui avait été confié à son hôpital : « Après dix-huit jours de séjour à l'hôpital, les nombreuses contusions et les ecchymoses qui couvraient une très grande surface du corps du jeune Vavasseur avaient entièrement disparu; la pâleur, la bouffissure de la face et l'état anémique dont il était atteint au moment de son entrée à l'hôpital avaient cédé au traitement tonique et au régime alimentaire réparateur qui lui ont été administrés, et aujourd'hui le jeune Vavasseur a recouvré, en partie au moins, sa santé, qui avait été gravement compromise par les violences auxquelles il avait été en butte et par une nourriture insuffisante. »

Le petit Edgard, interrogé à son tour sur les mauvais traitements dont il avait été l'objet, a raconté que son papa et sa maman, et surtout cette dernière, le frappaient avec des bâtons, des pincettes, et quelquefois seulement avec la main.

Quant à Auguste, le petit de quatre ans, qui est mort, une voisine a raconté qu'un jour, quelque temps avant sa mort, et alors que la frêle créature n'était déjà plus qu'un petit squelette, elle l'avait surpris ayant un briqueton suspendu aux cheveux de la nuque; la mère a prétendu qu'elle avait imposé cette légère torture au petit agonisant pour le faire tenir droit. (Tardieu, *idem*, p. 81, obs. XI.)

Sévices graves exercés sur un enfant de onze ans par ses père et mère (Cour d'assises de la Seine, le 28 décembre 1858).

Les époux Didier sont accusés et convaincus d'avoir fait subir un long martyre à une petite fille de onze ans.

Lorsque le magistrat pénétra, non sans peine, dans le logement des époux Didier, il trouva l'aînée des deux filles, âgée de onze ans, vêtue

seulement d'une chemise et d'un jupon, assise sur un petit banc devant une fenêtre, la tête penchée en avant, les yeux éteints, le visage pâle et décharné, les mains enflées et bleues, présentant le spectacle d'un être que la souffrance avait plongé dans une sorte d'hébétement et dans un tel état de prostration physique et morale, qu'elle ne put se lever qu'avec l'aide du commissaire de police. Cette malheureuse enfant avait froid; elle n'avait pas mangé et réclamait des aliments.

Lorsque cette enfant eut reçu chez le commissaire de police les premiers secours qu'exigeait son état et qu'elle eut été soustraite à l'influence intimidatrice des époux Didier, elle raconta que depuis son retour de la campagne elle avait été bien malheureuse. Elle passait les journées et les nuits sur le petit banc où elle avait été trouvée assise; elle y travaillait constamment à raccommoder du linge et des chaussettes; si elle venait à s'endormir, si elle ne remplissait pas sa tâche au gré de sa mère, celle-ci la frappait à coups de poing ou à coups de bâton; elle souffrait constamment de la faim et de la soif, ne recevait qu'un demi-verre d'eau par jour et deux morceaux de pain sec, le premier dans l'après-midi, le second dans la nuit. Sa mère ne lui permettait pas de faire ses besoins pendant le jour et avant minuit, et la frappait si elle ne pouvait se retenir. Son père la frappait aussi, mais avec moins de force. Enfin, quand sa petite sœur lui donnait des coups, il ne lui était pas permis de les repousser. Voici dans quels termes M. le docteur Bellouineau rendit compte de l'examen de cette enfant:

« Quand je vis cette enfant, je fus frappé de son état d'anémie; elle n'avait pour ainsi dire pas le souffle; c'était évidemment le défaut de nourriture, de sommeil, qui l'avait réduite à cette extrémité, et je n'hésite pas à dire que si cet état s'était prolongé plus longtemps, la pauvre enfant n'aurait pas eu douze à quinze jours à vivre. Son corps n'était littéralement, et ici j'ai besoin de bien affirmer à MM. les jurés que je parle sans métaphore, son corps n'était donc littéralement qu'une meurtrissure, sans en excepter un espace grand comme un ongle, depuis le col jusqu'au nombril, et dans la région dorsale tout le long de l'épine dorsale; j'en dirai autant des bras et des jambes.

« Maintenant, sur ce fond nous apparaissaient des meurtrissures de toutes dates et de toutes couleurs, selon l'ancienneté des coups. Les pieds eux-mêmes étaient meurtris, et, comme je ne comprenais pas trop comment le bâton avait pu causer ces marques, l'enfant me dit que sa mère la forçait à se lever quand il devait venir du monde, et lui mettait alors des souliers bien cirés, mais qu'en les lui mettant elle lui meurtrissait les pieds à coups de brosse. Pour moi, j'ai vu dans ces mauvais traitements un assassinat commis jour par jour, en détail et avec préméditation. J'aperçois ici le bâton qui était l'instrument des tortures exercées sur l'enfant; ce n'était pas le bâton dont on se servait dans un moment de colère, mais un meurtrissoir d'un usage journalier. Cela ne fait pas de doute pour moi; l'enfant serait morte d'inanition, d'insomnie. » (Tardieu, *idem*, obs. XII, p. 82.)

Mort directement produite par les sévices et les violences les plus graves.

J'ai été commis le 29 janvier 1855 à l'effet de procéder à l'autopsie du cadavre du jeune Désiré B..., décédé à l'hôpital des Enfants, constater les lésions apparentes à l'extérieur, vérifier quels ravages elles ont causés à l'intérieur, décider en un mot si les traces remarquées sont bien celles de coups, si ces coups ont entraîné la mort, et conjecturer autant que possible à l'aide de quel instrument les coups ont été portés ainsi que leur date.

Le cadavre que nous avons examiné est celui d'un enfant du sexe masculin, âgé de quatre à cinq ans, bien constitué et dont le développement répond parfaitement à son âge. L'apparence extérieure, à part les traces de violences que nous allons indiquer, ne fait pas supposer que la constitution ait été altérée par quelques maladies anciennes ou récentes.

Mais le corps, de la tête aux pieds, est couvert de marques bleuâtres, d'excoriations, d'ecchymoses produites par des coups dont il est impossible de compter les traces. La peau du tronc, des membres et surtout des membres inférieurs en est comme marbrée.

Parmi ces contusions, il en est dont la forme et l'aspect caractérisent de la manière la plus évidente la nature de l'instrument à l'aide duquel elles ont été faites. Sur la jambe gauche notamment, on voit dans quatre endroits une empreinte linéaire d'un rouge vif qui circonscrit un sillon bleuâtre de la largeur indiquée ci-contre, empreinte résultant manifestement de coups cinglés avec une baguette, une canne étroite ou une forte lanière.

Dans d'autres points, la peau a été enlevée, et l'on voit des excoriations plus ou moins profondes. Le gros orteil du pied droit est écrasé et la peau en est complètement enlevée.

Des blessures plus graves existent à la tête; le cuir chevelu dans toute la largeur du crâne est décollé et présente une vaste bosse sanguine qui s'est changée en un énorme foyer purulent sous l'influence de l'inflammation : une incision pratiquée à la partie postérieure a donné issue au sang épanché. Des contusions distinctes n'existent pas. Les deux paupières sont également désorganisées et infiltrées de sang et de pus. L'épiderme soulevé à la surface du front et des joues atteste la présence d'un érysipèle de la face.

Il n'y a eu d'ailleurs ni fracture ni épanchement dans l'intérieur du crâne; et le cerveau n'a pas conservé la trace de l'ébranlement qui lui a été certainement communiqué par des coups si violents. Les organes thoraciques et abdominaux sont sains. Un seul des ganglions bronchiques contient un tubercule, mais les poumons n'en renferment pas.

De l'examen qui précède, nous concluons que :

1° Le corps du jeune Désiré B... porte les traces presque innombrables de coups disséminés à la tête, sur le tronc et sur les membres.

2° Ces coups ont été portés, sur les membres et sur le tronc, à l'aide d'un bâton ou d'un fouet; sur la tête et sur la face, par un corps contondant à large surface, comme les semelles de fortes chaussures.

3° Ils sont tous récents et ne remontent pas à plus d'une huitaine de jours. Leur multiplicité, leur siège sur les points les plus rapprochés, à la tête, à la face, sur les jambes affectées, attestent la violence et l'acharnement avec lequel ils ont été portés.

4° La mort a été la conséquence directe de l'inflammation érysipélateuse et de l'ébranlement nerveux déterminés par ces blessures à la fois si étendues et si profondes.

5° L'enfant n'était atteint d'aucune maladie ancienne, d'aucun vice constitutionnel auxquels puisse être attribuée la terminaison funeste des blessures qu'il a reçues. (Tardieu, *idem*, obs. XXVIII, p. 102.)

Mauvais traitements et sévices; mort violente par l'introduction forcée des aliments.

L'un des cas les plus épouvantables que j'aie à consigner ici est celui qu'on va lire. Il s'agit d'un enfant de quatre ans, beau et vigoureux petit garçon, que sa belle-mère, la femme Brion, a étouffé en le faisant manger de force. Les cris entendus des voisins pendant cette scène cruelle cessèrent tout à coup.

Lors de l'autopsie dont je fus chargé, et que je pratiquai à Belleville le 31 juillet 1858, l'examen des premières voies digestives et du conduit aérien révéla la cause véritable de la mort de la manière la plus saisissante. La bouche et l'arrière-bouche sont littéralement remplies de pain écrasé et ramolli qui s'est moulé sur ces cavités et forme une masse volumineuse et compacte qui s'étend jusqu'à l'orifice du larynx, qu'elle ferme presque complètement en maintenant l'épiglotte relevée. Plus profondément, on trouve l'œsophage distendu dans son bord supérieur, puis un bol alimentaire composé également de pain, et qui a comme forcé le calibre très élargi du conduit œsophagien; il semble que les matières ont été introduites de force et en bourrant le canal alimentaire. La face interne du pharynx et de l'œsophage est comme couturée et ecchymosée dans les points qui sont en contact avec la masse alimentaire. Ce n'est pas tout, une portion de ces matières empreintes dans les voies aériennes, jusqu'à la partie inférieure de la trachée et l'orifice des bronches, est obturée par un volumineux morceau de ce pain réduit en bouillie. L'estomac en est rempli. Les poumons présentent au plus haut degré les lésions caractéristiques de la mort par suffocation, telles que je les ai décrites : ecchymoses ponctuées disséminées en très grand nombre sous la plèvre et écume sanguinolente dans les bronches.

En résumé, l'enfant Brion est mort étouffé par des aliments introduits de force et avec la dernière violence, non seulement dans la bouche et jusque dans l'arrière-gorge, mais dans les voies aériennes.

La suffocation dont les poumons portent la trace a été la conséquence nécessaire de l'introduction forcée des aliments, qui ne peut dans aucun cas être attribuée à la maladresse ou à l'inadvertance de l'enfant.

Il existait en outre sur le corps et sur les membres d'innombrables traces de coups. (Tardieu, *idem*, p. 108, obs. XXXII.)

Pendaison.

Pendaison. — Présomption d'homicide.

La femme Laruelle est morte au mois d'août 1868, dans des conditions que son mari rapporte ainsi : il prétend que sa femme et lui avait dîné de sept heures et demie à huit heures et demie. Celle-ci ne s'était pas enivrée et n'avait pas eu d'attaque épileptique, ainsi que cela lui arrivait de loin en loin. Il ajoute qu'ils n'avaient pas eu de dispute et que sa femme, couchée vers neuf heures, était encore très calme vers dix heures, quand il s'est endormi. Vers trois heures et demie, il l'aurait trouvée pendue; ses pieds touchaient le lit; le corps était affaissé sur lui-même, et son poids faisait fléchir fortement les genoux; la langue sortait un peu de la bouche, la face était noirâtre. Il n'a pas remarqué comment la corde était passée autour du cou. Le corps, les jambes surtout étaient froids.

Ce fait n'a pas été vérifié par les témoins. Ceux-ci contredisent en effet les déclarations du mari. Vers onze heures du soir, ils auraient entendu des coups répétés contre la cloison; et en même temps la femme s'écrier par deux fois : « Laruelle! Laruelle! » puis se débattre et pousser des gémissements étouffés. Il semble également établi que le sieur Laruelle est descendu chercher du vin à neuf heures et qu'il s'est levé à onze heures et demie, heures auxquelles il se disait couché et endormi. La femme était enceinte et prenait grand soin d'elle-même, ne voulant pas, disait-elle, compromettre l'enfant qu'elle portait.

L'autopsie ordonnée par la justice ne put être faite que quatre jours après la mort et par une température excessive, qui avait singulièrement avancé la putréfaction. Les constatations ont été rendues très difficiles. On voyait cependant à la partie antérieure du cou un sillon transversal, interrompu en arrière, où les cheveux avaient préservé la peau. On n'y reconnaissait pas d'ecchymoses.

Les poumons gorgés de sang sont le siège d'un emphysème putride. Il n'y a pas possibilité de distinguer s'il existe des ecchymoses sous-pleurales. Des aliments, des pommes de terre, non digérés et du vin non altéré remplissent l'estomac. Un fœtus de cinq mois est expulsé après la mort. Mes conclusions bien incomplètes sont ainsi formulées :

1° La femme Laruelle porte les traces de la pendaison.

2° Mais il est impossible de déterminer avec certitude, en raison de l'état de décomposition du cadavre, si elle a été étranglée ou étouffée avant d'être pendue.

3° Il n'existait pas de traces appréciables de rixe, de lutte ni de violence quelconque, ayant précédé la pendaison.

4° La mort a eu lieu moins de trois heures après le dernier repas; et du vin avait été ingéré en assez grande quantité peu de temps avant la mort.

5° Quant aux circonstances relevées, la position dans laquelle le corps aurait été trouvé ne permet pas de supposer que les coups retentissant contre la cloison aient pu provenir des convulsions que l'on observe souvent chez les pendus; d'un autre côté, il est impossible d'admettre que la femme Laruelle ait pu faire entendre des cris et même articuler une seule parole après qu'elle a été pendue.

6° En résumé, si les constatations faites sur le cadavre ne prouvent pas d'une manière irréfragable que la mort de la femme Laruelle soit le résultat d'un crime, elles n'en éloignent nullement la possibilité, surtout quand on les rapproche des circonstances précédemment relevées. (Tardieu, *Étude médico-légale sur la pendaison, la strangulation et la suffocation*, p. 105, obs. V.)

Assassinat par strangulation succédant à un viol consommé. Pendaison du cadavre simulant le suicide.

Je dois à M. le docteur P. Lorain la communication du fait suivant, qui offre un exemple des plus frappants des difficultés que peut présenter l'étude des cas de strangulation homicide, et dont il a su démêler avec beaucoup de sagacité les circonstances si obscures.

Il s'agit d'une fille de quinze ans dont le cadavre fut trouvé pendu le 30 août 1858. L'autopsie démontra de la manière la plus évidente que la pendaison n'avait eu lieu qu'après la mort, et dans le but de dissimuler un double crime de viol consommé et d'assassinat commis par strangulation. Je laisserai de côté tout ce qui a rapport aux premières violences, pour retracer seulement les signes caractéristiques de la strangulation, en insistant sur les caractères essentiels à l'aide desquels l'habile expert a pu distinguer l'homicide du suicide et reconnaître que la pendaison du cadavre n'avait été qu'un moyen de cacher le crime et d'égarer la justice.

La tête porte des traces de violences nombreuses. Sous le cuir chevelu, autour de l'œil gauche, au front et à la joue, on trouve de larges ecchymoses provenant de coups de poing ou de pied. Du sang s'écoule par l'oreille gauche. Le cerveau présente un léger piqueté et les veines sont gorgées de sang noir, épais et poisseux. La langue mordue et sanglante fait saillie entre les dents.

Au-devant du cou, la peau est marquée de deux demi-colliers, l'un inférieur formé d'impressions digitales très rapprochées, presque non interrompues et qui ont martelé, meurtri, aplati et comme tanné la peau. Le derme en ces points est desséché, puis durci, et, vu par trans-

parence, laisse passer la lumière comme une mince lame de corne. Cette lésion est placée au-dessus de la salière sus-sternale et s'étend presque sur les parties latérales du cou avec une telle régularité dans la courbe et une telle netteté d'empreintes qu'on reconnaît à leur nombre plus considérable à gauche qu'elles ont été faites par la main droite. Au-dessus de ce premier sillon, sous le menton, on voit une sorte de trait un peu moins étendue, plus régulière, une meurtrissure de la même nature que les précédentes, mais continue, résultant de la pression de l'index et du pouce de la main gauche fortement étendue sur la partie antérieure du cou. Enfin un peu au-dessous et tout à fait près de la mâchoire, une trace superficielle, d'un rouge livide, sans altération du derme, est manifestement produite par le lien roulé autour du cou après la mort. En arrière, il n'y a nulle trace de compression ou de ligature, ni bourrelet, ni sillon livide, rien qui indique l'action circulaire du lien. Le larynx et les bronches contiennent de l'écume. Les poumons qui ne sont ni plus denses ni plus volumineux qu'à l'état normal, n'offrent rien qui ressemble à de l'engorgement ou à de l'infiltration. Des matières alimentaires ont reflué de l'estomac dans l'œsophage et jusque dans les voies aériennes. (Tardieu, *idem*, p. 111, obs. VII.)

Affaire Dauzats. — Suffocation homicide. — Pendaison simulant le suicide. — Dislocation du cou. — Avis contradictoires.

Dans la journée du 15 septembre 1839, vers une heure de l'après-midi, on apprit que le nommé Dauzats venait d'être trouvé pendu dans l'écurie de sa maison. On accourt, la porte de l'écurie est ouverte; on trouve le cadavre suspendu par le cou à l'aide d'une corde, à une poutrelle du toit de l'écurie élevée d'environ 2 mètres; il est assis sur le sol, la tête et le tronc un peu incliné du côté gauche, les jambes allongées; les vêtements ne présentaient aucun désordre; la partie de la corde qui passait autour du cou était appliquée sur le col du gilet et de la chemise; sur la tête du cadavre était placé un bonnet de laine qui y tenait à peine. Autour du cadavre, le sol ne présentait aucune trace de piétinement; il paraissait avoir été balayé depuis peu.

Le 17 septembre, vingt-quatre heures après que la corde eut été détachée du cou, l'autopsie est pratiquée : la face est pâle; l'œil gauche est couvert par les paupières, qui sont fermées; l'œil droit est encore ouvert et peu proéminent; on n'aperçoit aucune trace d'injection; la bouche est fermée et paraît pleine de bouillie de maïs délayée, regorgeant de l'estomac; la langue est retirée en arrière des arcades dentaires, qui sont entre-croisées. Le cou présentait à peine sur quelques points une légère empreinte, s'effaçant sous le doigt et ne donnant point au tact de sensation différente de celle qui était perçue sur l'étendue normale de la peau. Les tissus sous-cutanés de cette région étaient à l'état normal, sans la plus petite trace d'ecchymose. L'articulation de la première ver-

tèbre du cou sur la seconde était déplacée à gauche; autour de cette luxation, les parties molles étaient restées saines. Dans le canal rachidien, la moelle était libre de toute compression et à l'état normal. Le pénis n'est point en érection, la portion de chemise qui recouvre immédiatement cette partie est récemment humectée d'un liquide exhalant une odeur d'urine très prononcée. Sur la pommette gauche existe une large ecchymose, avec infiltration du tissu cellulaire sous-jacent. La main droite porte une autre petite ecchymose sans importance. Le tronc était le siège de grandes taches noirâtres, résultat de la putréfaction.

On voyait une ecchymose et des traces de contusions profondes et étendues sur la presque totalité du scrotum; vers la partie moyenne et postérieure, nous avons observé deux petites égratignures qui nous ont paru avoir fourni un peu de sang dans les derniers temps de la vie; du sang épanché était infiltré dans tous les téguments celluleux du scrotum; le testicule droit ne devait sa tuméfaction qu'à un commencement d'hydrocèle; néanmoins, autour de lui, l'infiltration sanguine était plus intense.

Les membres pelviens n'ont rien présenté de remarquable.

Les veines du crâne et en général tous les vaisseaux veineux encéphaliques étaient gorgés de sang noir et liquide; les membranes d'enveloppe et le cerveau étaient dans l'état normal. Le cœur, d'un volume médiocre, contenait une petite quantité de sang noir et liquide; dans les cavités droites, l'oreillette et le ventricule étaient entièrement vides. Les poumons étaient d'une couleur noire assez prononcée, tous les autres organes étaient sains.

Les experts concluent que Dauzats semble avoir succombé dans un état d'asphyxie; que la suspension ne paraît pas avoir été la cause de cette asphyxie; que la position dans laquelle le cadavre a été trouvé, d'accord avec les résultats de l'autopsie, portent à croire au contraire que cette suspension n'a été pratiquée qu'après la mort. Toutefois, les médecins légistes ne s'arrêtent qu'à des soupçons d'homicide, soupçons corroborés par les désordres du scrotum, qui semblent montrer l'action d'une main criminelle et étrangère.

Ces soupçons, recueillis par la justice et grandis par la notoriété publique, amenèrent la mise en accusation de la femme de Dauzats et de son fils, qui furent jugés et condamnés par la cour d'assises du Tarn, le 4 juin 1840.

Le docteur Razal (de Gaillac) avait produit, en faveur des accusés, un mémoire où il concluait au suicide de Dauzats père, opinion combattue avec toute raison par M. Caussé (d'Albi) et par Orfila.

Les coupables, le lendemain de leur condamnation, firent l'un et l'autre les aveux suivants : ils avaient serré les organes génitaux pardessus le pantalon; Dauzats tomba en syncope; on l'étouffa au moyen d'un bonnet de laine placé sur la bouche et le nez, et, comme l'agonie se faisait attendre, Dauzats fils monta sur le ventre avec les genoux, ce qui fit sans doute refluer la bouillie de maïs jusque dans la bouche.

Le cadavre fut ensuite traîné à l'écurie où ils lui passèrent la corde au cou; alors on lui tourna violemment la tête. (Tardieu, p. 117, obs. IX.)

Strangulation.

Strangulation opérée avec la main; coups portés sur la tête.

On sait de quelle manière cruelle périt Mme la comtesse de Caumont-Laforce, assassinée par son jardinier, le 20 février 1857. L'autopsie, dont j'eus l'honneur d'être chargé, révéla de nombreuses blessures à la tête, au cou et à la main.

La tempe droite, le nez et l'œil gauche sont le siège d'un gonflement considérable avec coloration violacée, due à l'épanchement d'une grande quantité de sang dans les tissus sous-jacents. Il n'existe d'ailleurs sur ces points que de légères excoriations. Autour de l'œil gauche, qui présente une tuméfaction énorme, on distingue l'empreinte de coups portés avec les pieds et les marques de clous et de débris de fumier. Au-dessus du front, on découvre une plaie contuse, large de 4 à 5 centimètres, à bords très irréguliers, et qui peut également avoir été faite par un coup de bâton. Du reste, les os du crâne et de la face n'ont été nulle part fracturés. La substance cérébrale, à part un épanchement de sérosité, qui doit tenir à une maladie ancienne, ne présente aucune lésion récente, à laquelle la mort puisse être attribuée.

Au-devant du cou et de chaque côté du larynx, on voit de nombreuses excoriations et des ecchymoses qui indiquent qu'une forte pression a été exercée sur cette partie. L'état des organes internes n'est pas moins caractéristique; le larynx et la trachée renferment une grande quantité d'écume sanguinolente. Les poumons, fortement congestionnés, présentent en plusieurs points des déchirures superficielles. Le sang contenu dans le cœur est tout à fait fluide.

La main et le poignet droits sont couverts de contusions reçues dans les efforts de résistance opposés par la victime à son meurtrier. Le corps présentait les traces de coups violents portés sur le visage et sur le crâne avec les poings et les pieds. Ces coups, malgré leur gravité, n'ont pas amené la mort.

Celle-ci est le résultat de la strangulation opérée à l'aide d'une main fortement serrée autour du col. Les traces de contusions constatées sur la main droite attestent la résistance que Mme C.-L... a opposée aux coups de son meurtrier. (Tardieu, *Idem*, p. 198, obs. I.)

Strangulation opérée à l'aide de la main.

Le 17 décembre 1845, à Neuilly, dans une maison où avait été découvert la veille le cadavre d'un individu nommé Rollet, on trouve enterré dans la cave le corps d'une femme que l'on reconnaît pour celui de la

fille C..., qui est venue passer la nuit trois jours auparavant avec l'auteur de ce double crime. Le cadavre a été enterré très peu profondément, recouvert d'une simple chemise, et dans un coin de la cave. Je fus appelé à pratiquer l'autopsie avec le concours de M. le docteur Soyer.

Le corps, bien conservé, est couvert de terre et de poussière; l'état du ventre et des mamelles indique une grossesse assez ancienne. Il n'y a ni plaie ni contusion à la tête : la face est pâle, la langue fixée derrière l'arcade dentaire, qu'elle ne déprime pas.

A la partie antérieure du col, au niveau du larynx, la peau, brunie et parcheminée dans l'espace d'un doigt, présente de chaque côté et surtout à gauche des marques d'ongles correspondant à une main droite serrant le col. Plus en arrière, une ecchymose remonte vers l'angle de la mâchoire. Le tissu cellulaire et les muscles sterno-mastoïdien et sous-hyoïdien sont profondément infiltrés de sang. Quelques ecchymoses récentes et peu considérables existent en outre sur l'épaule droite, en haut de la cuisse droite et sur la jambe du même côté. Au genou gauche, on voit une plaie postérieure à la mort. Le cœur, de volume normal, renferme un peu de sang liquide, dans le ventricule droit surtout. Le larynx, intact à l'extérieur, sans lésion des cartilages ni de l'os hyoïde, contient ainsi que la trachée et les dernières divisions bronchiques, dont la muqueuse est uniformément rosée, une grande quantité d'écume blanchâtre. Les poumons, très volumineux, ne s'affaissent pas. Ils sont très fortement injectés et infiltrés de sang.

L'estomac est vide de tout aliment. Les organes génitaux sont le siège de trois chancres parfaitement caractérisés et de végétations considérables à l'entrée de la vulve. On trouve du pus dans le vagin. Les lèvres du museau de tanche sont tuméfiées et granulées. La matrice ne contient pas de produit de conception.

La mort de la femme C... est le résultat de la strangulation opérée par la pression des doigts sur le larynx. La mort est survenue plusieurs heures après le dernier repas. La femme C... était atteinte, au moment de la mort, d'une affection syphilitique peu ancienne et parfaitement caractérisée. (Tardieu, *Idem*, p. 199, obs. II.)

Strangulation à l'aide d'un lien; coups nombreux portés sur la tête.

La veuve Gautier, âgée de soixante-cinq ans, bien constituée, présente à la tête un grand nombre de blessures, contusions profondes, disséminées sur le front, sur les tempes, sur les joues, et plaie contuse placée à la partie postérieure du crâne. Épanchement considérable de sang coagulé, mais ni fracture ni enfoncement. On compte en tout au moins douze coups sur la tête. Autour du cou, vers la partie moyenne, on remarque un sillon transversal très profond qui fait tout le tour du cou en suivant une direction très exactement horizontale. Le fond est large

et parcheminé, les bords saillants. Les tissus sous-jacents sont ecchymosés, et du sang est infiltré dans les muscles. Au-dessus de ce sillon, on trouve, à deux travers de doigt plus haut, une seconde empreinte plus superficielle. Le larynx, à sa face interne, est parsemé de petites ecchymoses ponctuées et renferme un peu d'écume sanguinolente. Les poumons, très peu engoués, n'offrent pas la moindre ecchymose sous-pleurale, mais seulement un peu d'emphysème. Le cœur est plein de sang tout à fait fluide. Des ecchymoses existent en outre sur les deux mains et sur le sein droit. L'estomac contient un liquide grisâtre, qui paraît être du bouillon. La veuve G... a reçu sur la tête un très grand nombre de coups qui n'étaient pas de nature à entraîner la mort, mais qui ont dû amener un étourdissement et une perte de connaissance. Ces coups ont pu être portés simplement avec les poings. La plaie qui existe à l'occiput peut être le résultat de la chute. Il existait en outre sur les mains des contusions qui attestent une résistance de la part de la victime. La mort est le résultat de la strangulation opérée à l'aide d'un lien fortement serré autour du cou. (Tardieu, *idem*, p. 204, obs. VII.)

Suffocation.

Infanticide par suffocation. — Enfouissement du corps vivant dans du son.

J'ai pratiqué, le 25 octobre 1854, l'autopsie de l'enfant de la fille Bazin, trouvé dans un tonneau rempli de son.

Enfant très fort, mâle, 2 kilogrammes 950 grammes 53 centigrammes, point osseux très développé ; cordon non coupé, mais rompu, et non lié à 35 centimètres de son insertion abdominale. Tout le corps est couvert d'une poussière assez fine qui paraît être du son.

Téguments et os du crâne intacts. On trouve seulement sous le cuir chevelu de nombreuses extravasions de sang coagulé, très circonscrites, et qui ne résultent pas du travail de l'accouchement.

Les narines et la bouche sont remplis par la poussière, qui ne pénètre pas dans les voies digestives au delà de l'isthme du gosier ; lèvres aplaties, sans excoriations.

Organes thoraciques surnageant en totalité. Poumons très volumineux, d'une couleur marbrée. Leur surface présente à la fois de nombreuses ampoules d'emphysème et des ecchymoses sous-pleurales disséminées et assez profondes, surnageant soit en totalité, soit par fragments comprimés sous l'eau. La trachée contient une petite quantité de liquide sanguinolent non spumeux, et quelques petits grains de poussière semblable à celle qui enduit le corps.

Le cœur est tout à fait vide.

Les viscères abdominaux sont à l'état normal.

L'estomac ne contient que quelques mucosités teintes de sang.

1° Le cadavre que nous avons examiné est celui d'un enfant nouveau-né, né à terme, violet, et très vigoureusement constitué.

2° A vécu et respiré.

3° La mort est le résultat de la suffocation, et les poumons portent la trace des efforts énergiques qu'ils ont faits pour vaincre l'obstacle apporté à l'entrée de l'air dans les voies aériennes.

4° Ces lésions ne peuvent être attribuées aux difficultés du travail de l'enfantement. (Tardieu, *idem*, p. 316, obs. VIII.)

Infanticide par suffocation; enfant enfermé dans une botte.

Enfant du sexe féminin, né à terme, et bien conformé. Cordon ombilical coupé, non lié; coloration générale du corps très pâle.

Pas de trace de blessure à l'extérieur.

Tête. — Les téguments et les os du crâne sont découverts. On trouve seulement sous le péricrâne de nombreuses ecchymoses et de petits épanchements de sang coagulé.

La face présente une conformation très remarquable et tout à fait caractéristique. La lèvre inférieure est renversée de haut en bas et aplatie sur la hauteur. La membrane muqueuse qui en revêt la face interne est comme parcheminée et porte l'empreinte d'un tissu, dont quelques fragments sont même restés adhérents à la lèvre. L'extrémité de la langue est également comprimée, desséchée et couverte d'un léger duvet. Il n'y a d'ailleurs ni excoriations ni ecchymoses.

Au-devant du cou est une très légère excoriation sans importance.

Les organes thoraciques extraits en totalité et plongés dans un vase rempli d'eau surnagent. Les poumons sont très volumineux, distendus complètement par l'air. Ils sont d'une couleur rosée assez pâle, marbrée et violacée dans quelques points seulement. A leur surface, il existe une vingtaine de petites ecchymoses disséminées sous la plèvre, et un certain nombre de vésicules pulmonaires sont rompues. Il n'y a d'ailleurs pas de congestion générale des poumons. Le cœur est volumineux et contient une grande quantité de sang tout à fait liquide.

Viscères abdominaux à l'état normal. L'estomac contient des mucosités spumeuses et verdâtres.

Cet enfant, né à terme, a vécu et respiré.

Il a été étouffé par occlusion des voies aériennes, opérée à l'aide d'un linge appliqué sur la bouche, et a succombé à l'asphyxie par suffocation. Il n'existait aucune autre cause de mort naturelle ou accidentelle. (Tardieu, *idem*, p. 316, obs. IX.)

Submersion (*Modèle de rapport*).

Rapport sur un cas de submersion. — Homme noyé en état d'ivresse; — quelques heures seulement de séjour dans l'eau; — au printemps.

Nous soussigné..., sur la réquisition de..., nous sommes transporté aujourd'hui 26 avril, à huit heures du matin, au moulin de..., sis sur

la commune de..., à l'effet de dresser un rapport sur la mort d'un individu retiré la veille, à cinq heures du matin, de la petite rivière de...

Le sieur R..., meunier, nous a conduit avec M... (*officier public*), au lieu où le corps avait été trouvé et près duquel il était déposé, et nous avons immédiatement procédé à l'autopsie.

I. Ce cadavre est celui d'un homme d'environ quarante ans et d'une forte constitution (*détailler le signalement*) ; il ne présente aucun signe de putréfaction. La peau est pâle, mais peu décolorée : à peine l'épiderme des mains offre-t-il à la face palmaire une teinte blanchâtre. Elle se dessine sur un fond violacé marqué surtout aux éminences thénar et hypothénar ; il y a sous les ongles de la terre mêlée de sable, et dans la main droite quelques débris d'herbes, arrachés sans doute du lit de la rivière.

II. La face est un peu injectée ; il existe à la région frontale droite et au menton, du même côté, des plaques rougeâtres de 5 à 6 centimètres d'étendue, que nous avons reconnu être de véritables contusions avec épanchement de sang dans le tissu cellulaire sous-cutané.

A la poitrine, à un travers de doigt au-dessus du sein droit, est une petite plaie transversale qui a aussi 5 à 6 centimètres d'étendue, bornée aux téguments, dont les bords, contus et comme déchirés, sont rétractés et couverts de sang coagulé.

III. Nous constatons en outre, à la partie supérieure externe de la cuisse gauche, sur une étendue de 12 centimètres, une déchirure irrégulière, de 1 à 2 centimètres de profondeur, mais dont les bords ne sont ni rétractés ni gonflés, et ne présentent aucune trace de caillots de sang.

IV. La bouche, entr'ouverte, ne contient qu'une très petite quantité d'une matière écumeuse.

V. En incisant les téguments du crâne, nous les trouvons soulevés dans la région frontale droite, par une sérosité sanguinolente dans le point correspondant à la contusion frontale ; et, après avoir scié les os avec précaution, nous voyons les vaisseaux sanguins gorgés de sang et le parenchyme cérébral fortement injecté.

VI. Nous procédons ensuite à l'examen de la région cervicale et du thorax, après nous être assuré que la plaie mentionnée ci-dessus n'intéresse que les téguments et les muscles pectoraux. La trachée, le larynx et les bronches contiennent une écume ou plutôt une mousse légèrement sanguinolente, qui n'adhère nullement à la muqueuse bronchique, comme les crachats de la pneumonie ou du catarrhe. Les poumons, très dilatés, crépitent sous le doigt et ne s'affaissent pas sous la pression de la main ; ils ont la couleur ardoisée qui leur est naturelle, et leur surface, vue à la loupe, présente des vésicules d'un diamètre considérable mêlées à d'autres très fines, et sur quelques points des vésicules dilatées outre mesure se sont rompues et ont donné passage à une très petite quantité d'eau qui s'est épanchée dans la plèvre. — Incisé par tranches, le parenchyme pulmonaire laisse écouler un liquide gommeux, sanguinolent et très fluide.

VII. Très abondant dans les cavités droites du cœur, et généralement très fluide et très noir, le sang présente cependant aussi quelques caillots dans ces cavités.

VIII. A l'ouverture de l'abdomen, nous trouvons l'estomac gorgé de substances alimentaires, au milieu desquelles nous distinguons (indiquer les *aliments reconnaissables*, cette indication pouvant être utile en cas d'instruction judiciaire). Sa membrane muqueuse est d'une couleur rosée très vive : et il est distendu par un liquide d'une odeur vineuse.

De ces observations nous pouvons déduire les conclusions suivantes :

L'état des poumons et la mousse écumeuse contenue dans les bronches et jusque dans les dernières vésicules aériennes (VI) indiquent que l'individu soumis à notre examen a péri par submersion ; et nous sommes confirmés dans cette opinion par la plénitude des cavités droites du cœur, la fluidité du sang, les matières trouvées sous les ongles et dans la main droite.

La submersion a eu lieu peu d'heures après un repas dans lequel l'individu s'était gorgé d'aliments et de boissons (VIII), et c'est au travail de la digestion qu'est due la couleur rosée de la muqueuse gastrique. C'est peut-être bien aussi à l'ivresse qu'est due une submersion accidentelle, l'eau mêlée au vin dans l'estomac ne provenant peut-être que de la submersion. — Ces considérations, jointes à l'absence complète de putréfaction et à l'existence de quelques petits caillots dans le sang des cavités droites du cœur, démontrent que le corps n'a séjourné que très peu de temps dans l'eau.

Quant aux lésions qui pourraient faire croire à des coups ou blessures, elles présentent deux caractères essentiellement différents : 1° La lésion observée à la cuisse gauche nous paraît postérieure à la mort : ce qui nous est démontré par l'état des bords de la plaie (III) et ce qui s'explique facilement, s'il est vrai, comme diverses circonstances le font présumer, que le corps, entraîné par le courant, a dû passer sous la roue du moulin.— 2° Les lésions observées au front et à la poitrine (II) sont au contraire antérieures à la mort, puisque les ecchymoses, la rétraction des bords d'une plaie, et la formation d'un caillot adhérent à ces bords, ne peuvent avoir lieu dans des tissus privé de la vie.

Toutefois ces blessures pourraient être l'effet de violences exercées avant la submersion, comme aussi elles peuvent être l'effet d'une ou de plusieurs chutes que cet individu aurait faites avant de tomber dans l'eau ; ou bien encore, peut-être cet individu aura-t-il heurté contre des pierres ou autres corps durs, soit en tombant dans la rivière, soit dans la rivière même lorsqu'il était encore plein de vie. — La science ne nous fournit pas de données d'après lesquelles nous puissions décider cette dernière question : nous signalons seulement comme cause constante la mort par submersion et l'existence des lésions, les unes antérieures, les autres postérieures à la mort.

Nous certifions le présent rapport, etc. (Briand et Chaudé, *Manuel complet de médecine légale*, 7e édition, p. 819.)

Empoisonnements.

A. — Par les poisons irritants ou corrosifs.

Empoisonnement suicide par l'acide sulfurique. — Perforation de l'estomac, péritonite suraiguë, mort en douze heures. (*Bullet. de la Soc. anat.*, 1844, t. XIX, p. 130.)

M. Bodinier met sous les yeux de la Société les lésions anatomiques trouvées à l'autopsie d'un homme qui s'est empoisonné par l'acide sulfurique. Il était âgé de trente ans et d'une constitution robuste. Il a été transporté à l'hôpital Saint-Louis, quatre ou cinq heures après l'ingestion du poison ; à son entrée, il était sans connaissance et vomissait des matières noires. On remarqua une cautérisation peu étendue et superficielle de la lèvre inférieure. Des symptômes de péritonite suraiguë s'étant déclarés très promptement, le malade mourut après douze heures seulement de séjour à l'hôpital.

A l'*examen cadavérique*, on constate les altérations suivantes : dans la bouche, l'épithélium est blanc, opaque, et s'enlève facilement par lambeaux d'une étendue assez considérable. Dans l'œsophage, la membrane muqueuse, endurcie, racornie, forme des plis rugueux et commence à se colorer en noir vers la partie inférieure de ce conduit. La membrane muqueuse de l'estomac présente des lésions analogues ; seulement la couleur noire, plus prononcée au niveau des replis de cette tunique, s'étend à toute leur épaisseur, c'est-à-dire à l'épaisseur de 5 à 6 millimètres. De plus, on observe une large perforation dans le grand cul-de-sac de ce viscère. Dans une étendue de 2 mètres environ, les valvules semi-lunaires de l'intestin grêle sont comme parcheminées, et, dans les points correspondants, les vaisseaux sont très apparents, sans doute à cause de la coagulation du sang ; dans la partie inférieure du tube digestif, ces altérations sont de moins en moins caractérisées. La cavité péritonéale renferme un liquide qui ressemble tout à fait à du pus. (Tardieu, *Etude médico-légale et clinique sur l'empoisonnement*, p. 203, obs. I.)

Empoisonnement par l'acide chlorhydrique. — Mort en vingt-quatre heures. (Observé dans l'Inde par le docteur Collas. *Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1858, 2e série, t. IX, p. 209.)

Un Indien, âgé de vingt-huit ans, étant ivre, avale environ 60 grammes d'un liquide qu'un de ses compagnons lui fait prendre pour de l'eau-de-vie ou qu'il prend volontairement comme tel et qu'il vole chez un Européen qui fait travailler les métaux, liquide reconnu pour de l'acide chlorhydrique. Il est pris immédiatement de vomissements dont la ma-

tière bouillonnait sur le sol et qui se répètent avec une extrême abondance. Vu au bout de douze heures par le docteur Collas, à la maison de santé de Pondichéry, il est assis sur son séant, la tête fortement renversée en arrière, sans mouvements convulsifs ; la bouche entr'ouverte n'exhale aucune mauvaise odeur ; la respiration est fréquente et plaintive. Il n'existe aucune eschare, aucune tache sur les lèvres ni sur la peau du visage. Les gencives, les dents, sont saines et ont leur couleur normale ; la langue n'est dépouillée de son épiderme que sur la ligne médiane, où l'on voit un sillon très étroit. Cette absence de lésions étendues dans l'intérieur de la bouche peut s'expliquer par cette habitude commune à tous les Hindous de ne boire jamais qu'à la régalade. La peau est froide, le pouls très petit et très fréquent. La région épigastrique est douloureuse, pas d'urine depuis la veille, pas de diarrhée, les vomissements sont arrêtés et ne sont même pas provoqués par l'ingestion de boissons alcalines et mucilagineuses données en abondance. Vers la dix-neuvième heure, il se produit une amélioration apparente, mais de faible durée ; au bout d'une heure, il rend environ 500 grammes d'urine, dans laquelle on constate la présence de l'acide chlorhydrique. Bientôt l'agonie commence et la mort arrive juste vingt-quatre heures après l'ingestion du poison. — Le cadavre, dont la conservation est parfaite, est soumis à l'autopsie treize heures après la mort. La rigidité est très prononcée. Tous les organes autres que le tube digestif sont à l'état normal. Les gencives, la voûte palatine, sont pâles, sans aucune altération de tissu ; l'épiderme de la langue, réduit en une bouillie grisâtre, s'enlève par le plus léger raclage ; il en est de même de l'épithélium du voile du palais. L'œsophage présente un état de corrugation fort remarquable. Ses plis longitudinaux sont saillants et semblent constituer par la juxtaposition en séries linéaires parallèles de petits mamelons rougeâtres extrêmement secs et très rudes au toucher ; ce conduit est beaucoup plus pâle dans son tiers moyen qu'en haut et en bas, où la coloration tourne au noir, sans qu'il y ait carbonisation. L'estomac est distendu par des gaz. Il renferme environ 200 grammes d'un liquide putride boueux d'un jaune sombre, au milieu duquel flotte un détritus noir. Sur toute l'étendue de l'organe, si ce n'est à 8 ou 10 centimètres du pylore, l'épithélium de la muqueuse est complètement carbonisé. Les points où l'épithélium s'était détaché étaient d'un blanc de vert noirci qui faisait ressortir la couleur noire de ceux où il était encore adhérent. Dans la partie non brûlée, la muqueuse intacte a une couleur lie de vin sombre. Le duodénum et le reste de l'intestin sont sains.

Les quatre cavités du cœur, les grosses artères de la poitrine, l'aorte ventrale et les bronches étaient remplies par un coagulum rouge, dur, parfaitement moulé sur les cavités qui les contenaient. (Tardieu, *idem*, p. 248, obs. III.)

Empoisonnement suicide par l'acide phénique. — Mort.
(Docteurs W. E. Jeffreys et John Hamworth.)

Un homme de soixante-cinq ans se donne la mort dans les circonstances suivantes : la ménagère raconte qu'à dix heures vingt minutes environ elle l'avait quitté pour aller chez le boucher et qu'à son retour elle l'avait trouvé insensible et respirant bruyamment. Une forte odeur d'acide phénique était répandue dans la chambre, et dans un tiroir on trouva encore un peu de cette substance dans une bouteille, qui, depuis douze mois, était renfermée dans la cuisine pour les besoins domestiques.

M. Jeffreys fut mandé en toute hâte et arriva quelques minutes après ; il trouva le malade dans l'état suivant :

Insensibilité complète. La bouche et le gosier sont remplis d'un mucus dont on facilite l'expulsion en tournant un peu le sujet sur le côté : trois taches allongées sillonnent le menton. Pupilles contractées, pouls entre 40 et 50 ; la bouche et le gosier se remplissent de nouveau et rapidement de mucus, qu'on est encore obligé d'enlever. M. Hamworth, appelé à l'instant, accourt aussitôt, mais la mort est prochaine ; la respiration se suspend de temps à autre et est plusieurs fois ranimée ; les battements du cœur ne s'entendent plus. La mort a lieu à onze heures vingt, environ cinquante minutes après l'ingestion du poison.

Autopsie vingt-huit heures après la mort : forte odeur d'acide phénique dans la chambre ; cadavre offrant les signes généraux de la mort par suffocation ; lignes brunâtres sur le menton, partant des commissures des lèvres.

Visibles adhérences partielles des plèvres au sommet du thorax. Petits nodules sanguins, noirs et fermes, dispersés dans les deux poumons, lesquels laissent suinter à la coupe un mucus abondant et spumeux ; sang fluide noir et sans caillots dans le système veineux.

Epithélium uniformément blanc, dur, ferme et rugueux sur la langue, l'épiglotte, le pharynx et l'œsophage. L'estomac renferme 120 grammes environ d'un liquide épais, trouble, contenant les produits de la digestion et répandant une forte odeur d'acide phénique. L'épithélium ici aussi est durci et blanchi ; sous l'influence d'un contact prolongé avec le caustique, il s'est ratatiné en petites masses granuleuses et se laisse facilement enlever avec le scalpel.

Les plis de la muqueuse stomacale sont extraordinairement indurés et saillants.

Toutes ces lésions s'arrêtent au pylore, qui semble avoir été la limite extrême de l'action locale du poison.

Le larynx, la trachée et les bronches sont littéralement remplis d'un mucus transparent, strié de sang ; tache blanche d'un pouce et demi de diamètre, se détachant facilement sous forme d'une membrane élastique et siégeant sur le péricarde, à la base du ventricule droit. Cœur flasque

et un peu graisseux, cavités droites vides, cavités gauches contenant un peu de sang fluide. Foie répandant une odeur sensible d'acide phénique, tout à fait sain.

Reins graisseux et granulés, émettant à la coupe une odeur mélangée d'urine et d'acide phénique. Congestion et aspect noirâtre de tous les viscères.

Crâne très dense par éburnation presque complète du diploé en certains points. Dans d'autres points placés symétriquement, le diploé est raréfié et l'os aminci. Arachnoïde opaque dans certaines parties et contenant 40 grammes environ de liquide. Substance blanche du cerveau ferme, mais se laissant facilement déchirer, suivant la direction des fibres.

L'analyse chimique du contenu de l'estomac y démontre la présence de l'acide phénique.

La quantité de ce caustique ingérée est évaluée à environ une ou deux cuillerées à soupe, c'est-à-dire 15 ou 30 grammes. (Tardieu, *idem*, p. 271, obs. X.)

Empoisonnement suicide par l'eau seconde. — Rétrécissement de l'œsophage. — Mort après quatre mois et demi. (*Bulletin de la Soc. anat.*, 1841, t. XVI, p. 45.)

M. Boudet présente un rétrécissement de l'œsophage, recueilli sur un homme de cinquante ans, qui avait pris, il y a quatre mois et demi, 25 centilitres d'une solution de potasse (eau seconde). On crut d'abord à un empoisonnement par un acide, et l'on administra inutilement de la magnésie. Peu à peu, il était survenu de la gêne dans la déglutition : le malade est mort d'inanition ; on a trouvé dans l'œsophage, d'abord une dilatation dans laquelle était contenu du lait caillé (le malade avait bu du lait peu de temps avant sa mort); au-dessous, un rétrécissement considérable, puis une autre dilatation et un second rétrécissement : point d'altération dans le reste du canal digestif ; le sang était poisseux, non coagulé. (Tardieu, *idem*, p. 280, obs. I.)

Tentative d'empoisonnement suicide par une forte dose d'ammoniaque caustique. — Guérison. (Docteur Pellarin, *Union médicale*, 1857, p. 90.)

Dans les premiers jours du mois d'août 1854, je fus mandé en toute hâte, vers dix heures du soir, auprès d'une dame qui avait tenté disait-on, de s'empoisonner.

A mon arrivée, environ vingt-cinq minutes après l'accident, je trouvai madame X... en proie à une suffocation insupportable, se livrant à

des mouvements désordonnés. Voici ce que j'appris : cette jeune dame était venue avec son mari pour quelques mois auprès de son enfant nourrice à Fontainebleau. Le soir de l'accident, à la suite d'une discussion futile avec son mari, cette dame, d'une imagination ardente, était rentrée dans sa chambre avec l'intention sans doute de se donner la mort ; elle n'avait pas tardé à en sortir pâle, les yeux hagards, les cheveux en désordre. C'est alors qu'on vint me chercher.

La malade me fit comprendre, par signes, qu'elle avait pris sur sa toilette une fiole contenant un liquide que je reconnus facilement être de l'ammoniaque liquide, qu'elle s'en était versé dans un verre en quantité que j'ai pu évaluer à 40 grammes. Elle avala tout d'un trait cette boisson ; mais, à peine le liquide fut-il dans la bouche, qu'elle se jeta au loin le verre et se précipita dans la chambre voisine, en proie à la plus grande anxiété.

A mon arrivée, la malade est maintenue avec peine assise : une cuvette placée sur ses genoux contient une grande quantité de liquide salivaire filant ; la face est pâle, les yeux hagards, injectés ; les lèvres présentent une tuméfaction considérable, une rougeur qui s'étend à la bouche et à l'arrière-gorge ; il y a quelques stries sanguinolentes dans le liquide répandu dans la cuvette. Aphonie complète, la malade se plaint de douleurs atroces dans l'arrière-bouche, mais surtout à la région épigastrique ; le pouls est lent, les extrémités sont refroidies.

Je fais avaler quelques cuillerées d'eau vinaigrée, qui sont ingérées difficilement, à cause des douleurs violentes que cette boisson provoque par son passage dans l'arrière-bouche. Mais la douleur la plus intense est celle de l'épigastre ; elle s'exaspère par le toucher ; je fais appliquer 20 sangsues sur cette région, puis un cataplasme émollient ; des embrocations avec l'huile opiacée sont faites autour du cou, qui est entouré aussi d'un cataplasme de farine de lin d'une température peu élevée. A mon arrivée, ayant sous la main du lait froid, j'en fais avaler à la malade, qui éprouve un certain soulagement de ce gargarisme improvisé. La gêne de la respiration indique bien le besoin d'une application de sangsues au cou, mais je la diffère sur la demande de la malade, qui craint sans doute les cicatrices qui résultent de l'application de ces annélides. Je fais promener de larges sinapismes sur les cous-de-pied et les mollets ; enfin je prescris des gargarismes émollients concurremment avec ceux du lait. (Tardieu, *idem*, p. 298, obs. I.)

Tentative d'empoisonnement par l'huile de Croton tiglium *introduit dans des fraises.*

J'ai eu l'honneur d'être consulté, dans le courant de l'été de 1865, par monsieur le juge d'instruction de Vervins, au sujet d'une tentative d'empoisonnement très extraordinaire. Il s'agissait d'accidents graves dé-

terminés par l'ingestion de fraises dans lesquelles avaient été introduites une à deux gouttes pour chaque d'huile de croton. Appelé à donner mon avis sur l'origine des symptômes observés sur les effets ordinaires de l'huile de croton, ainsi que sur la question de savoir si cette substance était de nature à donner la mort, et si les fraises en contenaient une quantité capable de produire ce résultat, je n'eus qu'à confirmer les conclusions d'un rapport très bien fait par les premiers experts, et à reconnaître comme parfaitement démontrée la tentative d'empoisonnement.

Mais je tiens à signaler comme très digne d'attention et très instructive la marche prise par M. Blanquinque, pharmacien à Vervins, qui a eu le mérite de retrouver un poison caché avec tant d'art et que rien ne dénonçait à ses recherches. Car le premier médecin appelé avait cru qu'il s'agissait d'un empoisonnement par l'arsenic, et l'analyse chimique avait dû s'engager d'abord dans cette fausse voie. Mais M. Blanquinque avait remarqué que, parmi les fraises suspectes, deux ou trois seulement avaient les queues adhérentes ; et l'idée lui était venue que cette circonstance n'était peut-être pas le résultat du hasard, et que l'on avait peut-être profité du vide produit par l'arrachement pour introduire dans le fruit une substance vénéneuse. Il ouvrit donc une fraise et aperçut à la loupe une légère teinte jaunâtre sans apparence de cristaux. Ayant par une longue expérience constaté les services que peut rendre la dégustation dans les incertitudes qu'éprouve le chimiste au début de la recherche d'un poison, M. Blanquinque goûta, et sa première sensation fut celle-ci : saveur de farine de froment; deux ou trois minutes après seulement, saveur brûlante comparable à celle du poivre fort. Il passa en revue dans sa mémoire tous les poisons végétaux faciles à se procurer, capables de produire une pareille sensation, et son esprit s'arrêta à l'huile de croton. L'épreuve recommencée donna un résultat identique. Alors l'expert toucha la face interne de son avant-bras gauche avec la partie intérieure de la fraise; l'endroit ainsi touché, protégé par un verre de montre, était le lendemain couvert des vésicules caractéristiques que produit le contact de l'huile de croton. Ces premiers indices assuraient alors le succès des recherches, et il n'eut plus qu'à traiter par l'éther pour déterminer ensuite aussi exactement que possible la quantité d'huile introduite dans chaque fraise. (Tardieu, *idem*, p. 335, obs. VII.)

B. — Par les poisons hyposthénisants.

Empoisonnement par l'acide arsénieux. — Mort le douzième jour. (*Bullet. de la Soc. anatom.*, 1853, p. 179.)

M. Mahieux présente l'estomac d'une jeune fille empoisonnée par l'acide arsénieux. Cette fille, âgée de onze ans et demi, a avalé après le repas, le 22 mai, un paquet d'arsenic. Aussitôt elle fut prise de dou-

leurs vives à l'épigastre et dans toute la poitrine ; il survint des vomissements, dont les matières analysées contenaient du poison en abondance. On administre le peroxyde de fer hydraté ; cependant les douleurs, l'agitation, les vomissements persistent jusqu'au 30 mai, époque à laquelle la malade entre à la maison de santé, c'est-à-dire huit jours après l'accident.

On constate les phénomènes suivants : épistaxis abondante, sécheresse de l'arrière-gorge, tête lourde, voile devant les yeux, mémoire affaiblie, agitation, refroidissement, soixante-seize pulsations, tremblement, horripilation, pâleur de la face, vomissements, constriction avec sentiment de chaleur à l'épigastre, constipation opiniâtre, absence d'urine dans la vessie. Boissons nitrées, lavements purgatifs. Les jours suivants, les vomissements continuent, mais de moins en moins abondants ; les selles se rétablissent, la miction devient régulière, mais la malade est de jour en jour plus abattue : crampes dans les jambes, hébétude de la face, anxiété, pâleur extrême, voix éteinte, dilatation des pupilles, soubresauts des tendons ; enfin l'agitation devient extrême, la respiration est suspirieuse, et la malade succombe le 6 juin.

Autopsie. — Les poumons sont emphysémateux à la partie postérieure et inférieure. Cœur non ramolli, sans augmentation de volume. L'estomac offre des ulcérations en voie de réparation avec ramollissement de la muqueuse dans certains points ; l'ulcération siège le long de la grande courbure, à 1 centimètre du pylore. La muqueuse du duodénum est injectée ; on aperçoit une plaque arborescente vers le milieu du jéjunum ; les plaques de Peyer sont épaissies, injectées, boursouflées. La partie supérieure du gros intestin est saine, la partie inférieure injectée. (Tardieu, *idem*, p. 413, obs. IX.)

Empoisonnement suicide par des allumettes chimiques phosphorées ; mort le quatrième jour. (Observation recueillie par d'Heilly, citée par Lancereaux, *Mémoire sur la dégénérescence graisseuse des éléments actifs du foie, des reins et des muscles de la vie animale. Mémoires de la Société de biologie*, mars 1863, et *Union médicale*, juillet 1863.)

Théodore D..., âgé de vingt-trois ans, homme de peine, est entré le 23 février à l'Hôtel-Dieu (salle Saint-Benjamin, lit n° 5). Cet homme, condamné pour vol à quelques mois de prison et rentré dans son domicile, se décide à s'empoisonner.

Le 22 février, il introduit dans une bouteille pleine d'eau un paquet d'allumettes de 10 centimes. Il affirme n'avoir bu qu'un verre de ce breuvage, à dix heures du soir, quatre heures après son repas. Peu après l'ingestion du poison, il est pris d'une sensation peu intense de brûlure à la gorge et à l'épigastre, et de soif assez vive. Dans la nuit du 22 au 23, il ressent un peu de malaise, et il a des renvois d'odeur alliacée. Deux vomissements dans le courant de la nuit.

Le 23, peu de vomissements; quelques selles diarrhéiques; soif vive; sentiment de malaise et lassitude extrême. Dans la nuit du 23 au 24, quelques vomissements ; nuit assez calme ; le malaise continue.

Le 24, le malade se rend à pied à l'Hôtel-Dieu ; il se plaint surtout d'une faiblesse dont il n'avoue pas l'origine. Journée assez calme ; le malade reste immobile dans son lit; quelques selles : peu de vomissements. Le soir, on constate l'état suivant : teinte subictérique de la face, manquant sur le corps. Les traits sont peu altérés. Pas de fièvre. Rien à la langue ni au pharynx. Soif vive; ventre un peu ballonné ; foie volumineux ; pas de taches ecchymotiques sur la peau ; céphalalgie, abattement et lassitude. L'intelligence est normale, le malade raconte son histoire avec netteté, bien qu'il ne réponde qu'avec une certaine lenteur. Pas de toux ; respiration normale ; rien à l'auscultation de la poitrine ni du cœur. Pas d'érections, pas de rétention d'urine. — Emétique, 0 gr. 10 ; eau albumineuse, 2 pots.

Le 25, la nuit a été calme. Deux vomissements hier soir par l'émétique ; le matin, peu de fièvre ; la teinte ictérique, plus marquée à la face, a paru sur le tronc; peu de vomissements la nuit, une selle liquide; soif, pas d'appétit. Les urines, traitées par l'iode et par l'acide nitrique, prennent une belle teinte verte, caractéristique de la présence de la bile. — Potion avec magnésie et bismuth, de chacun 2 grammes ; émulsion d'amandes. Le soir, abattement, peu de fièvre ; le malade se plaint de souffrir de l'épigastre.

Le jeudi 26, dans la nuit, insomnie, vomissements répétés, pas de délire. Vers six heures, le malade est pris de subdélirium loquace ; les vomissements deviennent fréquents ; ils ont une odeur aigrelette, ils sont incolores, muqueux, à peine striés de sang ; quelques selles en diarrhée, non sanguinolentes. Neuf heures, face altérée, pas d'ecchymoses à la face ni sur le tronc. Teinte ictérique générale; 130 pulsations; peau peu chaude ; décubitus dorsal, résolution complète, insensibilité absolue des membres inférieurs et du tronc jusqu'à la base de la poitrine ; la pupille est dilatée, le malade ne voit pas les objets qu'on approche de son œil. Subdélirium, dont on tire le malade en l'excitant fortement. Pas d'urine dans la vessie, pas d'érections; respiration un peu accélérée, rien au cœur. — Vésicatoire aux mollets. Cinq heures du soir, le délire a continué jusque vers quatre heures où il s'est un peu calmé ; deux vomissements semblables à de la suie délayée ; 108 pulsations, peau froide, respiration fréquente, râles muqueux dans la poitrine des deux côtés. Mort à sept heures du soir.

Autopsie cinquante-six heures après la mort. — La muqueuse buccale, la langue, le pharynx et la partie supérieure de l'œsophage sont sains ; un peu de rougeur au voisinage du cardia. L'estomac renferme une très petite quantité de matière noire liquide, pareille à de la suie délayée. La muqueuse gastrique ramollie est d'un rouge peu intense. Pas d'érosions ni ulcérations ; pas d'ecchymoses des parois gastriques ; un peu de rougeur du duodénum ; rien dans le reste du tube digestif.

Le mésentère présente des taches ecchymotiques, ainsi que le péritoine pariétal.

Le foie, ramolli, est de couleur jaune uniforme. Il offre à l'œil l'apparence de l'état graisseux. M. Lancereaux, qui s'est empressé d'examiner les tissus au microscope, a trouvé les cellules détruites pour la plupart; celles qui persistent sont méconnaissables. Sur certains points on trouve des masses granuleuses constituées par des débris de cellules ; sur d'autres, une sorte d'émulsion formée de gouttelettes d'huile et de granulations graisseuses.

La rate est molle ; le microscope n'y trouve aucune altération.

L'enveloppe cellulo-fibreuse des reins est parsemée de taches hémorrhagiques. Le volume de ces organes est un peu augmenté ; leur coloration est d'un jaune foncé avec un pointillé rouge. A la coupe, aspect graisseux, noyaux apoplectiques ; ramollissement marqué.

Les cellules épithéliales qui tapissent les tubes urinifères sont déformées ou détruites. Le tube urinifère ne contient plus qu'un détritus formé de granulations grisâtres et graisseuses.

La vessie est saine, le testicule aussi ; quelques ecchymoses sur le trajet du cordon.

La trachée et les bronches sont normales. Les poumons, congestionnés, offrent des noyaux apoplectiques. A la coupe, il s'en écoule un liquide séreux, non aéré. Leurs éléments anatomiques sont intacts.

Les plèvres pariétales et viscérales et le péricarde sont couvertes de larges plaques sanguines qui ont sur certains points une notable épaisseur.

Le cœur est de couleur jaune foncé, friable, parsemé de petits épanchements hématiques. Au microscope, la striation des fibres musculaires a disparu. Les stries sont remplacées par des granulations graisseuses.

Les muscles volontaires sont aussi envahis par l'état gras. Les muscles des parois abdominales, des bras et des jambes, jaunes, ramollis, sont parsemés de foyers sanguins. Les muscles moteurs de l'œil sont plus altérés encore ; on n'y trouve presque plus de fibres striées.

La conjonctive oculaire est parsemée d'ecchymoses.

Les nerfs qui se rendent aux muscles malades sont normaux. Rien au cerveau qu'un peu de diminution de consistance. Le système du grand sympathique a paru sain, à part quelques cellules épithéliales du plexus cœliaque qui ont présenté des granulations. (Tardieu, *idem*, p. 556, obs. IX.)

Empoisonnement accidentel par le deutochlorure de mercure. (M. le docteur Ladreit de La Charrière, *Bulletin de la Société anatomique*, 1855, 2e série, t. III, p. 35.)

La nommée M..., âgée de vingt et un ans, vint, le 27 mars, réclamer des soins à l'hôpital de Lourcine ; elle était enceinte de six mois et ne

ırda pas à faire une fausse couche. Cet accident ne parut pas altérer a santé. Le 5 mai, elle perdait en rouge, se plaignait seulement de uelques nausées et d'aigreurs sur l'estomac. On prescrivit contre ce ıalaise 2 grammes de magnésie en deux prises. Des paquets de 0 grammes de sublimé destinés à des bains avaient été envoyés à la œur chargée du service pendant la journée ; le papier qui les envelopait, et qui portait en suscription le nom du médicament, fut malheueusement enlevé ; les paquets furent pris pour de la magnésie, et à uatre heures du soir un d'entre eux était administré à la malade.

La sœur reconnut la fatale erreur au cri aigu qu'arracha aussitôt à ette malheureuse une sensation atroce de brûlure dans l'estomac et dans a gorge. Elle fut prise en même temps de vomissements. Appelé aussiôt, j'administrai de l'eau albumineuse ; à peine arrivé dans l'estomac, e liquide était rejeté ; les vomissements se succédaient presque sans nterruption ; bientôt ils avaient rempli quatre bassins. A cinq heures et lemie, les vomissements, qui étaient toujours bilieux et verdâtres, furent ıxaminés à la pharmacie ; ils ne contenaient plus de sublimé. Cependant, ı six heures et demie, les traits étaient déjà profondément altérés ; le ıisage était pâle ; les yeux, enfoncés dans leurs orbites, rappelaient le 'acies des cholériques. Tous les traits disaient les douleurs très vives ıue cette pauvre femme ressentait dans la bouche et dans le pharynx. Dans une anxiété très grande, elle n'osait bouger, de peur de réveiller la louleur, qu'exagérait la moindre pression sur l'épigastre et que renouvelaient les vomissements, qui étaient incessants. La peau se couvrait d'une ıueur froide, le pouls était petit et à peine sensible.

Des sinapismes furent promenés sur les membres. On maintint des ıataplasmes laudanisés sur le ventre, et l'on continua l'eau albumineuse ; à onze heures du soir, le tableau avait un peu changé, la chaleur revenue, les vomissements continuaient, mais les contractions de l'estomac étaient moins énergiques. Le pouls à 120 et la douleur de l'épigastre, qui augmentait, indiquaient le commencement d'un travail inflammatoire (vingt sangsues à l'épigastre, julep, extrait d'opium 0 gr. 05, cataplasmes laudanisés). Cette émission sanguine amena rapidement un soulagement assez grand ; les douleurs épigastriques diminuèrent, et la malade put reposer un peu.

Le lendemain 6 mai, les douleurs stomacales n'existaient plus qu'à la pression ; elles se renouvelaient pendant les vomissements, qui revenaient tous les quarts d'heure. Pouls, 100 pulsations. (Julep, opium, glace, tisane de graine de lin, cataplasmes laudanisés.) La journée ne fut pas mauvaise, il y eut peu de vomissements ; le facies était plus calme, quoique le visage fût toujours aussi pâle ; les piqûres de sangsues donnaient un peu de sang, la malade en perdait aussi un peu par le vagin. Dans la journée, elle eut une selle peu abondante, mais composée de matières gluantes, brunâtres et mêlées d'un peu de sang. Le soir, la chaleur de la peau augmenta, le pouls était à 100 pulsations. La malade était plus agitée, on continue le même traitement.

Le 7, nous trouvâmes la malade très abattue, la face pâle, souffrant beaucoup de l'estomac. Elle était courbée, cette position étant moins douloureuse que les autres. Le pouls était à 130. Les efforts pour vomir persistaient. (Vingt sangsues à l'épigastre, tisane de mauve, looch blanc avec extrait thébaïque, 0 gr. 05, cataplasmes.) Pendant l'application des sangsues la malade eut une syncope. La journée fut assez calme; le soir les douleurs abdominales étaient très modérées, seulement la malade était prise de quintes de toux, qui les ramenaient et avec elles les vomissements. La peau était moins chaude, le pouls à 120 pulsations. La malade avait eu une selle noirâtre, composée de matières gluantes; elles contenaient un peu de sang. (Deux demi-lavements laudanisés.) Le soir à onze heures, la malade était assez calme, elle ne souffrait pas, elle avait pu garder le deuxième lavement; la peau était peu chaude, mais le pouls battait toujours 120 pulsations.

Le 8, l'état général, qui paraissait stationnaire, prit une gravité plus grande. La prostration était grande, le visage jaune, le facies hippocratique. La malade pressentait quelle devait être l'issue de la lutte qu'elle soutenait depuis trois jours; elle se plaignait peu cependant. Les douleurs, assez modérées, ne devenaient très vives que lorsqu'on exerçait une pression sur le creux épigastrique. (Eau vineuse, lait coupé.) Dans la journée, une diarrhée noirâtre se déclara, on suspendit l'usage du lait et l'on donna deux demi-lavements laudanisés. La nuit fut bonne.

Le 9, les forces étaient considérablement affaiblies, le visage verdâtre, le facies de plus en plus altéré. La malade se tenait assise ou mieux pliée en deux dans son lit. Elle ne répondait qu'après beaucoup d'instances de la part des personnes qui l'entouraient. La parole était difficile, cependant la langue était humide et souple, et l'on ne voyait rien dans le pharynx. Les selles étaient fréquentes, composées toujours de matières noirâtres, d'une odeur extrêmement forte. (Quelques tranches d'orange, un peu de bouillon coupé, de l'eau vineuse.) La nuit fut très agitée, la malade eut un peu de subdélirium, elle voulait se lever.

Le lendemain 10 mai, l'abattement et la torpeur de cette pauvre femme étaient extrêmes, les extrémités se refroidissaient, une potion cordiale ne lui rendit que quelques instants de connaissance. Elle mourut à une heure et demie.

Autopsie. — La bouche et l'œsophage sont sains, l'estomac présente au niveau du cardiaque un peu de rougeur, mais dans le grand cul-de-sac on trouve une plaque noire mamelonnée, ayant bien 8 à 10 centimètres de diamètre. Elle est régulièrement arrondie; l'estomac en cet endroit paraît tuméfié et considérablement épaissi; les différentes tuniques sont injectées en noir, comme la surface. Ce viscère est plein d'un liquide noir et fluide comme de l'encre. Le duodénum participe aussi à ces altérations, la muqueuse est rouge et ardoisée, la partie de l'intestin qui lui fait suite est d'un noir verdâtre. Cette coloration est due en partie à une grande quantité de bile; puis, fait assez remarquable, dans une étendue de 60 centimètres, l'intestin grêle paraît sain

La muqueuse a tous les caractères de cette membrane dans l'état physiologique. Les altérations recommencent ensuite aussi brusquement qu'elles ont paru s'arrêter. Toutes les tuniques sont injectées, épaissies; les valvules conniventes ont une teinte brunâtre, noire et uniforme.

Dans le gros intestin, les replis seuls tuméfiés et noirs présentent trois noyaux noirâtres de volume d'une petite amande; les petites saillies sont très consistantes, se déchirant très difficilement. Coupées avec un histouri, on voit que toutes les tuniques qui les forment sont tuméfiées et injectées d'un liquide noir. Les espaces qui séparent ces petites tumeurs paraissent sains. Rien de particulier dans les poumons. Le cœur est vide de sang et contient un caillot fibrineux dans le ventricule droit.

Le foie a une consistance normale ; sur une coupe de cet organe, on trouve une série de petits points gros comme une lentille, plus pâles et plus décolorés, la substance du viscère paraît en cet endroit ramollie.

Aucune altération apparente de la rate et des reins. Le sang est liquide, mais non poisseux. (Tardieu, *idem*, p. 695, obs. VI.)

Empoisonnement non suivi de mort par une infusion de digitale.

M. L..., âgé de quarante-six ans, médecin à Beaurepaire, est sujet à des palpitations dès son bas âge et, depuis six ans, à une céphalée rhumatismale, maladie qu'il avait traitée par la digitale, sans accident. Le 13 août 1831, quatre heures après son dîner, il prend une tasse d'infusion de 20 grains de digitale entière, mêlés à 12 gouttes d'eau distillée de laurier-cerise, se met aussitôt au lit et s'endort sur-le-champ. Le sommeil est fatigant, accompagné de rêvasseries, et de la durée d'une heure. A son réveil, chaleur générale, mordicante; accélération du pouls; tête lourde, pesante; face colorée; gonflement des vaisseaux sous-cutanés du front et des tempes. L'artère temporale bat avec une force extrême. Yeux très saillants ; aberration extraordinaire de la vue, qui est confuse lorsqu'il regarde de gros objets ; cécité complète pendant les vingt-quatre heures. Lorsqu'il veut lire, écrire ou fixer des objets minutieux, il peut les distinguer, mais ils lui apparaissent doubles. L'aberration de l'ouïe suit celle de la vue : il y a surdité ; mais elle disparaissait et réapparaissait avec la rapidité de l'éclair, et affectait tantôt l'oreille droite, tantôt l'oreille gauche, avec tintements ; tremblement général, il ne peut rester debout ou marcher. Perversion du goût ; sécheresse ordinaire de la bouche ; soif inextinguible ; besoin de mâcher constant ; langue sèche, aride ; envies de vomir ; pas de douleur de tension dans le ventre, si ce n'est à la région hypogastrique, où l'on sent la vessie distendue, et la pression y est très douloureuse : douleurs insupportables à l'extrémité de la verge, efforts infructueux pour uriner. Le 14 août, cessation de la rétention d'urine, de l'aberration de l'ouïe ; celle de la vue ne disparaît que le quatrième jour. La fièvre a duré vingt-quatre heures, et des évacuations alvines n'ont lieu que le second jour ; il n'y a pas eu de vomissements. (Tardieu, *idem*, p. 799, obs. V.)

Empoisonnement suicide non suivi de mort par la digitaline. (Chéreau, *Union médicale*, 1854.)

Madame X..., âgée de trente-deux ans, prenait des granules de digitaline pour des palpitations de cœur.

Le samedi 31 décembre 1853, à six heures du soir, madame X..., au milieu d'une discussion conjugale, se précipite sur un flacon de digitaline qui se trouve sur la cheminée, le porte à sa bouche, y verse tout le contenu et rejette ensuite le flacon. On suppose que la quantité de granules ingérée était de 46 environ. Cet accident arrive à six heures du soir. Appelé par le mari de cette dame, je me rendis chez elle et je lui prescris des vomitifs. Je revis la malade à huit heures un quart : le pouls était à 72 pulsations, la face pâle, la peau froide, l'œil brillant, l'intelligence nette, des contractions spasmodiques dans les membres.

A neuf heures et demie, même état ; disposition au sommeil, pouls à 72 encore ; selles nombreuses. Dans la nuit, le pouls baisse.

A minuit, 60 ; à deux heures, 58 ; à six heures, 56. La face est colorée ; la peau est froide, les sueurs abondantes, surtout dans la paume des mains. Abattement extrême, urines rares et colorées. Les battements du cœur s'entendent difficilement. L'intelligence a conservé toute sa netteté.

Dimanche 1er janvier. — Je revois la malade ; elle est couchée dans la supination, les bras allongés, incapables de se mouvoir, la tête rejetée en arrière ; les paupières sont closes. La bouche est entr'ouverte, la face vultueuse. Le front est le siège d'une vive chaleur, tandis que la peau du reste du corps reste froide ; la paume des mains est glacée et humide, le pouls ne donne plus que 52 pulsations. Les bruits du cœur sont à peine sensibles, la respiration est lente et gênée, la langue large et aplatie, recouverte d'un enduit saburral. Les pupilles sont resserrées, mais contractiles ; céphalalgie vive au front ; bouffées de chaleur à la figure, affaissement et prostration extrême.

L'auteur n'indique pas au bout de combien de temps la malade se rétablit et combien durèrent les phénomènes d'empoisonnement. (Tardieu, *idem*, p. 806, obs. XII.)

C. — Par les poisons stupéfiants.

Triple empoisonnement par la belladone. (Docteur Morel, *Ann. de la Soc. de méd. de Gand*, 1873.)

Le matin du 23 juillet 1873, l'épouse Leliaert, fripière en notre ville, avait acheté une série d'objets, parmi lesquels figurait un paquet d'herbes qui avaient été préconisées par la vendeuse comme excellentes pour en faire du thé.

Quelques instants après, à une heure de relevée, la femme Leliaert utilisait ces herbes et en fit une tisane qu'elle recommandait à toute sa famille pour en prendre dans la journée. Son fils Jean, en se rendant à son ouvrage, en emportait une petite provision pour rassasier sa soif dans le courant de l'après-midi ; sa fille Éléonore devait en prendre à l'heure du goûter, durant l'absence des parents. Eléonore partagea sa boisson avec son amie, Emma Cavin.

Ce furent Jean et Eléonore Leliaert et Emma Cavin qui furent atteints de l'empoisonnement dont nous nous proposons de vous entretenir. Notre honorable confrère, M. le docteur Van Peene, nous prêta son bienveillant concours dans cette triste tâche.

Emma Cavin, âgée de douze ans, avait avalé une simple tasse de cette tisane vers trois heures et demie de l'après-midi. Environ une heure après, elle a ressenti une sécheresse de la gorge, mais sans difficulté pour la déglutition ou la parole. Les pupilles étaient incomplètement dilatées, et elle accusait une légère céphalalgie. A notre arrivée, cette jeune fille jouait à la rue et ne se souciait en aucune façon des conséquences qu'avait amenées l'ingestion de sa tisane belladonée. Le pouls était légèrement accéléré et plein, et la respiration normale. Il n'existait aucun symptôme du côté de la calorification ou de la sécrétion cutanée, et nous considérions le degré de cette intoxication si peu élevé que nous nous bornions à recommander l'emploi d'une forte infusion de café. Le lendemain, nous revîmes cette fille, qui déclara avoir très bien dormi toute la nuit et ne plus ressentir le moindre malaise. Les pupilles étaient néanmoins encore un peu dilatées, quoiqu'il n'existât aucun trouble du côté de la vue. Tout danger avait disparu, et, certain qu'aucune complication n'était à craindre, nous croyions pouvoir cesser nos soins.

Jean-Joseph Leliaert, ouvrier plombier, âgé de dix-huit ans, a pris de cette tisane vers deux heures de l'après-midi. Environ une demi-heure après, il commençait à ressentir des battements dans la poitrine, suivis bientôt de sensations analogues dans la tête. Ces sensations, perçues en deux régions différentes, n'avaient pas lieu en même temps, car Jean comparait la marche de ces battements aux mouvements de va-et-vient du balancier. Ces sensations alternatives ne durèrent pas longtemps, car les battements dans la poitrine et ceux dans la tête se confondirent bientôt. Vers quatre heures et demie, il se produisit chez le malade une sensation de sommeil, suivie bientôt d'un état d'ivresse avec troubles du côté de la vue et difficulté de la parole ; il croyait en ce moment que la langue restait fixée dans la bouche. Vers cinq heures et demie, l'état de stupeur continuait à persister ; l'ouïe devint plus difficile ; quand on parlait, les sons articulés se firent entendre sous forme de bourdonnements. Il s'était regardé dans une glace et prétendit qu'il existait à ce moment un fort degré de strabisme et que les deux globes étaient dirigés vers le nez.

Vers six heures, nous vîmes le malade pour la première fois. Nous

pouvions alors confirmer l'état de stupeur du patient, qui présentait une rougeur scarlatiniforme sur toute la surface du corps. La peau était sèche et brûlante, le pouls plein et accéléré (environ 90 à 100 pulsations par minute) et la respiration normale. La face offrait une turgescence sensible; la muqueuse oculo-palpébrale était fortement injectée, les pupilles montraient une dilatation considérable. Il y avait diplopie et chromopsie. Le malade accusait enfin une sécheresse considérable de la gorge, et sa voix était rauque.

Jean Leliaert répondait assez bien à nos questions. Il déclara qu'avant notre arrivée il avait avalé une certaine quantité de lait et que cette boisson provoqua un premier vomissement. Le malaise général fut de la sorte légèrement diminué, et le malade, croyant par là que le vomissement ne pouvait que lui être salutaire, se chatouilla la luette en introduisant un doigt dans la bouche, et parvint ainsi à répéter l'acte de vomir.

Nous lui fîmes tout d'abord administrer une forte infusion de thé pur; mais cet excitant, répété à plusieurs reprises, ne fut guère salutaire ; il put tout au plus provoquer des nausées, qui augmentèrent singulièrement le malaise général. Me rappelant alors les recommandations faites dans ces dernières années de l'iodure de potassium ioduré, ce médicament fut administré et produisit au début un vomissement, qui ne put se renouveler ultérieurement, malgré les doses réitérées de l'iodure.

Vers sept heures et demie, l'iodure fut remplacé par 10 centigrammes de tartre émétique en solution dans une petite quantité d'eau, et ce médicament occasionna une série de vomissements qui soulagèrent quelque peu le patient. Les matières vomies furent de nature bilieuse, et malgré la saveur amère prononcée qui caractérise la bile, cette sécrétion fit défaut; le malade déclara que cette matière vomie n'avait aucun goût particulier. Nous demandâmes alors au malade d'uriner, et cette opération réussit parfaitement sans qu'il existât le moindre besoin.

L'action contro-stimulante du tartre émétique ne tarda pas à se faire jour, et nous recommandâmes au malade de se mettre au lit. La nuit se passa sans sommeil ; une légère agitation se maintint dans la première moitié, tandis que vers le matin l'action purgative du médicament avait commencé.

Le lendemain matin, 24 juillet, vers sept heures, le père de Jean vint nous dire que l'état de son fils était très satisfaisant. La guérison toutefois n'était pas complète. A notre visite, vers dix heures, le malade déclara qu'il avait commencé à prendre la mixture au tannin que nous avions prescrite la veille pour sa sœur, qui avait également offert les symptômes de la même intoxication. Il avait pris ce médicament à notre

1.	Iodure de potassium.....	6 grammes.
	Eau distillée.....	180 —
	Teinture d'iode.....	1 goutte.

nsu et en avait osé risquer l'ingestion, parce que sa sœur s'en était rouvée si bien que son état, qui avait inspiré plus de craintes que le sien, était à l'heure actuelle en bien meilleure voie de guérison. Cette nixture au tannin avait provoqué encore deux vomissements, mais la nature des matières vomies avait subi une certaine modification; cette fois-ci, elles étaient à la fois de nature muqueuse et bilieuse.

Quant aux symptômes de l'empoisonnement, nous constations une diminution dans la dilatation des pupilles; mais le malade accusait une céphalalgie frontale, avec élancements douloureux dans les yeux et les oreilles; il y avait une douleur générale de la face, un embarras dans les fosses nasales et de l'enchifrènement; le nez semblait comme pincé d'une manière continue à sa surface dorsale; la bouche était douloureuse, spécialement à la région gencivale, c'est-à-dire au-dessus des dents supérieures et au-dessous des dents inférieures.

La voix était encore rauque, la soif intense et le pouls ample, mais peu accéléré (70 à 75 pulsations par minute). Le matin, vers sept heures, il y avait élimination d'une *très petite* quantité d'urine; c'était depuis hier soir, à dix heures, que la miction n'avait plus eu lieu.

Depuis huit heures du matin jusqu'à midi, il y a eu une série d'éternuments, et, durant cet acte, il y avait élimination de crachats perlés, que le malade disait être d'un blanc bleuâtre et se détachant si facilement qu'ils lui sautaient dans la bouche. Ces crachats paraissaient assez résistants, car ils furent comparés à de la gomme élastique, puisque, en les mâchant, le malade ne put les aplatir.

A une heure de l'après-midi, la miction avait eu lieu une seconde fois; à huit heures du soir, le pouls était plein et à 70 pulsations par minute; les pupilles étaient encore dilatées, mais la diplopie et la chromopsie avaient disparu; la presbyopie avait notablement diminué. Jean déclare qu'il ressent encore comme un vide à la tête; le travail était difficile et pénible; l'état de stupeur avait subi un léger amendement, mais il existait encore une certaine incohérence dans les idées. Dans l'après-midi, il y avait eu encore un vomissement de matières bilieuses, que notre malade crut avoir un goût d'huile de foie de morue; il ressentait encore dans les narines un chatouillement, et l'acte de l'éternument était devenu tellement pénible, que le malade crut qu'il existait dans les narines un corps étranger, qui empêchait cette action. Les crachats perlés d'un blanc bleuâtre, nombreux ce matin, avaient considérablement diminué. Le ventre est le siège de fréquents gargouillements, et il existe chez le malade des sensations comme s'il devait aller à la selle, mais il ne peut y obéir.

Les globes oculaires restent douloureux; les souffrances du côté des rebords alvéolaires diminuent, et la douleur y est représentée par une espèce de fatigue.

Nous ordonnons au malade de continuer la mixture au tannin et lui recommandons, comme régime, une soupe à la crème de tartre.

Le 25, Jean a uriné vers six heures du matin; il s'était ainsi passé

dix-sept heures depuis la dernière miction ; les urines étaient ci santes. Les pupilles restaient encore dilatées ; les sensations dans nez et la bouche, ainsi qu'un léger degré de stupeur, persistaient. I eu hier au soir cinq vomissements, pendant qu'il faisait paisiblemen une promenade qui n'a duré que dix minutes ; les matières vomi étaient mucoso-bilieuses et possédaient encore, d'après le malade, l goût de l'huile de foie de morue. Il n'a plus eu d'éternuments, et l crachats perlés cessent d'être éliminés; la raucité de la voix a diminu mais la sécheresse de la gorge et le gargouillement du ventre continuent ; le ténesme anal cesse, et le malade a eu une selle compacte.

Nous continuons à recommander le même médicament et le même régime.

Le 26, le malade nous déclare qu'il n'a uriné qu'une fois en vingt-quatre heures. Son état général est beaucoup plus satisfaisant. La douleur du nez et des globes oculaires a disparu ; les pupilles sont bien moins dilatées ; il existe encore une légère sécheresse à la gorge. Nous lui prescrivons le nitre, à la dose de 8 grammes pour un jour ; il peut prendre des soupes et du bouillon.

Le 27, les pupilles sont revenues à leur état normal ; la vue néanmoins est faible, et le malade ne supporte pas une lumière vive. Il n'existe plus sécheresse à la gorge et la stupeur diminue insensiblement. Il y a eu émission abondante d'urines. Nous faisons répéter la même dose de nitre, et le malade peut reprendre son régime habituel.

Le 28 et le 29, nous avons encore examiné notre malade et l'avons trouvé complètement rétabli.

Pour terminer l'histoire de ce malade, nous ajouterons que son urine émise le 26 a été soumise à l'analyse chimique, aux fins d'y rechercher l'atropine. L'urine, après avoir été acidulée fortement par l'acide sulfurique, fut soumise à une concentration au bain-marie et agitée ensuite jusqu'à trois fois avec l'alcool amylique, puis avec une grande quantité d'éther. Le liquide acide, agité avec du chloroforme pour séparer l'alcool amylique, fut neutralisé par l'ammoniaque et repris par l'éther. L'évaporation de la solution éthérée nous donna un résidu cristallin, incolore, qui, soumis à l'action de l'alcool absolu pour en séparer le sulfate d'ammonium, donna une solution dont l'évaporation donne un résidu dont une partie dissoute dans l'eau et introduite par gouttes dans l'œil produisit une dilatation manifeste de la pupille. Les caractères chimiques furent également obtenus avec une netteté classique.

Eléonore Leliaert, âgée de douze ans, avait ingéré, vers trois heures et demie de l'après-midi, trois tasses de la même infusion de feuilles de belladone. Cette fille déclara que les premiers symptômes de son empoisonnement consistaient dans un état d'ivresse ; elle était joyeuse, dansait et sautait, de telle sorte que les voisins, qui savaient que les parents d'Eléonore n'étaient pas à la maison, crurent que la fille était réellement prise de boisson. Mais cet état d'ivresse fut bientôt suivi d'une céphalalgie très intense et d'un état d'hébétude assez prononcée ;

la parole devint de plus en plus difficile, et il y avait une sécheresse extrême de la gorge. Le mal gagna toujours en intensité, de sorte que vers cinq heures et demie la malheureuse est tombée ; ses parents la croyaient mourante quand ils sont venus réclamer nos soins. A notre arrivée, vers six heures, nous vîmes Eléonore couchée par terre; la respiration était accélérée, le pouls petit, serré et très accéléré (120 à 130 pulsations par minute). La malade ne répondait pas à nos questions ; la peau était insensible, sèche, et les membres tant supérieurs qu'inférieurs étaient comme paralysés. La déglutition était impossible, les yeux étaient fermés, et nous vîmes, en écartant les paupières, que les pupilles étaient insensibles à la lumière ; leur dilatation était telle qu'on voyait à peine le rebord de l'iris. La muqueuse oculo-palpébrale était fortement injectée et tuméfiée, et les globes oculaires formaient une saillie anormale. L'organe de l'olfaction était également privé de sa sensibilité ; de l'eau vinaigrée, introduite dans les narines, n'y produisit pas la moindre irritation. La face était fortement gonflée et présentait, avec le reste des téguments externes, l'éruption scarlatineuse qui caractérise si bien l'intoxication par la belladone.

Les révulsifs externes furent immédiatement ordonnés, et entre temps on injecta par la voie hypodermique et à la région épigastrique 2 centigrammes d'une solution aqueuse de chlorhydrate de morphine. La piqûre produite par la seringue de Pravaz nous prouva une fois de plus que la sensibilité était nulle ; celle-ci néanmoins se réveilla, mais très faiblement, au fur et à mesure que la morphine fut injectée. L'effet de cette injection fut manifeste, et, après avoir administré les 2 centigrammes, de très légers mouvements généraux se produisirent, mais malheureusement pour cesser quelques instants après. La circulation se ralentit sous l'action de la morphine, et le pouls devint en même temps plus ample. Cette heureuse réaction ne dura que quatre à cinq minutes, pour laisser prendre à la circulation ses caractères primitifs.

On donna alors un lavement froid à l'eau, contenant une bonne proportion de sel marin, et, en pratiquant cette opération, nous pûmes nous convaincre d'une certaine résistance du sphincter anal. L'eau salée fut parfaitement retenue par le rectum.

Pendant ce temps, et quoique l'injection de chlorhydrate de morphine ne nous fît guère espérer le moindre succès, nous considérions toutefois de notre devoir d'attendre encore quelques instants. Nous restâmes ainsi près de notre malheureuse pendant environ un quart d'heure, temps pendant lequel nous désespérions de plus en plus de son sort. Nous voulions néanmoins essayer l'action des vomitifs ; du tartre émétique, à la dose de 10 centigrammes en solution dans l'eau, fut administré par les narines ; cette quantité fut donnée d'une manière fractionnée dans l'espace de quinze minutes. Son administration fut suivie d'un succès moindre encore que celui obtenu avec la morphine ; le pouls ne subit aucune modification, et nous ne pûmes constater que le réveil de quelques légers mouvements généraux, qui disparurent bientôt.

Deux médicaments venaient d'échouer entre nos mains ; les [illegible] externes donnèrent le même résultat. Des compresses d'eau froide [illegible] alors appliquées sur la tête.

A neuf heures et demie du soir, il n'y avait pas la moindre amélioration ; tous les symptômes persistèrent avec leur intensité primitive ; il n'y avait eu ni évacuation urinaire, ni élimination de matières fécales. Le tannin, en désespoir de cause, fut alors administré par les [illegible] sous forme de solution aqueuse et dans la proportion de 4 grammes de tannin sur 200 grammes d'eau distillée. Il fut administré par cuillerées à soupe toutes les heures.

Ce médicament sauva la fille. Déjà, par l'administration de la première cuiller et après un intervalle de trois minutes, il se produisit un vomissement abondant d'un liquide verdâtre ; un instant après, on put apercevoir de petits mouvements généraux, mais les organes des sens restaient abolis. Chaque cuiller administrée fut suivie de nouveaux vomissements, suivis à leur tour d'un amendement dans les symptômes généraux. A minuit et demi, la conscience tend à revenir et les vomissements se multiplient ; la vue et le sens du goût restaient toutefois supprimés.

Vers deux heures, l'intelligence revient. Eléonore ouvre les yeux et essaye de se lever. Elle appelle son père, qui se trouve au-devant d'elle et qu'elle ne voit pas. Elle commence à répondre aux questions qu'on lui fait, et les symptômes les plus inquiétants disparaissent *insensiblement*, de sorte que, vers sept heures du matin, la fille quitte son lit pour causer et jouer avec ses frères et ses sœurs. Les matières vomies que notre malade avait rendues depuis le retour de la conscience, étaient verdâtres et conséquemment biliaires ; Eléonore, toutefois, déclara que ces matières n'avaient aucune saveur. La vue présentait les mêmes anomalies que chez son frère : la diplopie et la chromopsie.

Le matin, vers six heures, la fille a eu pour la première fois une selle liquide, avec élimination d'une petite quantité d'urine. A partir de ce moment, la solution astringente ne détermina plus de vomissements. La rougeur scarlatiniforme a disparu; la chaleur de la peau est normale, et le pouls marque 80 pulsations à la minute.

Dans l'après-midi du 24, je revis la fille vers deux heures. Elle accusait encore une douleur frontale qu'elle supporte facilement, une soif intense, une sécheresse avec douleur de la gorge, une raucité *de la* voix et l'expulsion de crachats perlés blancs. Il n'existe aucune douleur dans les globes oculaires ni dans le nez. Elle n'a plus d'éternuments ; mais, chaque fois qu'elle se mouche, les narines laissent échapper un mucus entremêlé de stries de sang. Une diarrhée a commencé ce matin, et jusqu'ici la fille a déjà eu douze selles.

Vers le soir, les narines ne donnaient plus de mucus strié de sang ; les pupilles étaient encore assez dilatées, quoique la vue était assez distincte ; les objets paraissaient encore doubles. La muqueuse *oculo-palpébrale* est encore tuméfiée et fortement injectée. La céphalalgie avait disparu ; l'ouïe, qui était devenue difficile, est meilleure, et la famille

prétend que la voix de l'enfant est maintenant plus claire qu'avant l'invasion de l'empoisonnement. Il n'y a plus eu élimination de crachats perlés ; la marche est devenue difficile et la diarrhée cesse. Eléonore n'a pas évacué de l'urine de toute la journée et n'en sent d'ailleurs pas le besoin.

La solution au tannin a été continuée toute la journée ; quant au régime, nous nous étions bornés à recommander simplement une soupe à la crème de tartre.

Le 25, au matin, la fille a uriné pour la seconde fois depuis un jour et demi. Ses pupilles sont moins dilatées ; la muqueuse oculo-palpébrale est revenue à son état normal ; tout vomissement a cessé, et il n'y a eu qu'une selle liquide depuis hier au soir. Notre malade prétend ne plus rien sentir. — Nous cessons l'administration du tannin, qui est remplacé par le nitre, à titre de diurétique. Nous lui permettons des soupes et du bouillon.

Le 26, Eléonore vient nous dire qu'elle a eu des urines abondantes et deux selles compactes. Les pupilles ne sont plus dilatées.

Le 27, je la considérais comme complètement guérie.

L'histoire de cette malade est complétée par l'analyse chimique de ses urines quittées le 26. A cet effet, l'urine fut soumise à la même série d'opérations décrites plus haut, et nous avons obtenu un résultat identique ; nous devons ajouter néanmoins que la quantité de résidu cristallin, obtenue dans cette circonstance, fut de beaucoup inférieure à celle obtenue dans l'analyse des urines de Jean Leliaert. (Tardieu, *idem*, p. 909, obs. III, IV et V.)

Double empoisonnement par l'agaric bulbeux, suivi de mort.
(Docteur Lionet, *Gazette des hôpitaux*, 1840.)

Madame B..., âgée de quarante ans, et sa fille, âgée de vingt ans, habitant depuis quelques jours le village de Saintry, près de Corbeil, cueillent l'agaric bulbeux et en font presque exclusivement leur dîner. Quelques heures après, la demoiselle éprouva des vertiges, comme si elle eût pris de l'opium. On lui donne du café. La nuit est assez calme jusqu'à trois heures du matin ; alors elle est éveillée par des coliques, des vomissements ; nouvelle administration de café. A huit heures du matin, le médecin la trouve dans un bain, assistée par sa mère, laquelle commençait à ressentir les mêmes accidents ; pas de traces de champignons dans les évacuations. Potion stibiée à prendre d'abord par cuillerées et ensuite en lavage. Persistance des vomissements ; évacuations alvines plus rares. Langue ni sèche ni froide ; soif peu intense, ventre ni tendu ni douloureux ; température du corps et des extrémités, ordinaire ; physionomie peu altérée, pouls normal. La mère avait uriné plusieurs fois ; mais, chez la fille, cette sécrétion était suspendue depuis l'accident ; l'intelligence était nette, et ces dames parlaient gaiement de leurs plaisirs

aux bains de mer, de leurs projets, etc. ; mais la conversation était temps en temps suspendue par les vomissements ; leur état n'offre enfin rien de grave. A six heures du soir, soif très vive, ne pouvant être momentanément modérée que par des boissons abondantes, froides, vomissements plus rares, mais plus fatigants, suivis de prostration, de défaillance ; refroidissement des extrémités ; sensibilité obtuse ; engourdissement douloureux aux membres inférieurs et aux lombes ; réflexes incertain ; lèvres et langue froides ; indifférence complète l'un à l'égard de l'autre. A onze heures, trente sangsues à l'anus ; boissons glacées ; huile d'amandes douces. Pas d'amélioration, mais un peu de calme apparent, souvent interrompu par des gémisssments, des vomissements et une soif intense. Dans la matinée, environ trente-six heures après l'accident, les vomissements se calment chez la mère, mais elle n'en souffre pas moins et demande qu'on la fasse vomir. La demoiselle est plus calme et continue à vomir ; dans la journée, les accidents s'aggravent et l'indifférence est encore plus complète ; soif intense ; voix affaiblie ; idées incohérentes ; facies hippocratique. Chez la fille, veines turgescents, vue trouble, circulation ralentie sans cesser d'être régulière ; mort en murmurant les noms qui lui sont chers. Le soir, la mère a les yeux caves, les lèvres et la langue roides, violacées, le teint olivâtre comme dans le choléra, le pouls à peine sensible, les battements du cœur affaiblis sans cesser d'être réguliers : symptômes qui se prolongent jusqu'à six heures du matin, terme de la mort.

Les moyens usités furent : une potion stibiée, puis le sirop d'éther, un infusé aromatique, du lait, une solution de blanc d'œuf, du vin de Bordeaux, de Frontignan, agents qui furent vomis immédiatement. Les frictions sèches ou avec de l'alcool camphré, l'insolation, ne purent amener de réaction. La potion anti-émétique de Rivière, avec addition de dix gouttes de laudanum, paraît plus nuisible qu'utile. La glace à l'intérieur et les fomentations émollientes parurent produire un peu de calme. La bonne qui avait goûté quelques parcelles de champignons crus vomit huit à dix fois, au bout de seize heures seulement, et ne fut pas sérieusement indisposée ; l'autre, qui en avait goûté après la cuisson, n'éprouva d'accidents qu'au bout de quarante-huit heures et donna de vives inquiétudes. (Tardieu, *idem.*, p. 978, obs. I.)

D. — Par les poisons narcotiques.

Empoisonnement volontaire par le laudanum. — Mort. (Rapport médico-légal par le professeur G. Tourdes, *Gazette médicale de Strasbourg*. 1858, p. 102.)

J..., âgé de soixante-quatre ans, et sa femme, âgée de cinquante-six ans, poussés par la misère, s'empoisonnent tous les deux le 2 février 1858, en prenant une forte dose de laudanum. Dans la soirée du 2, on les a

us bien portants ; le 3, à deux heures de l'après-midi, ils n'ont pas eparu ; on entre dans leur chambre et l'on trouve, sur un lit, l'homme mmobile, sans vie et déjà raide. La femme est étendue sur un autre lit, espirant encore, mais frappée de stupeur. L'homme n'a pas vomi ; la emme a eu des vomissements abondants et spontanés avant son entrée l'hôpital.

Une lettre trouvée dans la chambre ne laisse aucun doute sur le projet le suicide. J... raconte comment il s'est procuré à Francfort 80 grammes le laudanum et une certaine quantité d'acide sulfurique. La fiole contenant l'acide sulfurique a été trouvée intacte et bouchée ; la fiole de laulanum est presque vide et ne renferme plus que 3 à 4 grammes de cette ubstance. En supposant que le poison ait été également partagé entre e mari et la femme, chacun d'eux aurait pris de 36 à 38 grammes de audanum.

L'autopsie a été faite le 6 février, soixante-douze heures environ après a mort.

1° La rigidité cadavérique est générale et assez prononcée ; il n'existe ucun signe de putréfaction ; l'abdomen n'est pas bleuâtre ; il est seulement un peu météorisé.

2° L'expression du visage n'offre rien de particulier ; la face n'est as colorée ; on observe une teinte bleue aux paupières ; l'ouverture upillaire est médiocrement dilatée ; son diamètre est de 4 millimètres ; a peau du crâne est assez injectée ; toute la surface du corps est pâle. On n'observe aucune trace d'éruption papuleuse ; mais la peau du thorax et celle du cou présentent à un degré très évident la saillie des éminences papillaires, connue sous le nom de *chair de poule*. Quelques taches jaunes de laudanum existent sur les deux mains.

3° La peau du scrotum est fortement congestionnée ; il n'y a pas d'érection ; on trouve au méat urinaire un liquide blanc et laiteux ; l'examen microscopique y fait reconnaître quelques animalcules spermatiques.

4° La langue est derrière les arcades dentaires, jaune, légèrement injectée à sa base ; le voile du palais et le pharynx ont une teinte rouge ; la partie supérieure de l'œsophage est d'un blanc rosé, la partie inférieure d'un rouge vif.

5° L'estomac est remarquable par les teintes jaunâtres, verdâtres et rougeâtres qui colorent sa muqueuse et qui varient suivant les régions ; les teintes jaunes, verdâtres et safranées dominent dans sa moitié droite ; une vive injection rougeâtre occupe particulièrement la moitié gauche, des taches rouges ayant un éclat de pourpre forment comme un pointillé au milieu de la coloration jaunâtre étendue sur une grande partie de l'organe. Ces petites taches rouges sont formées par une vive injection très limitée ou par des suffusions sanguines. La muqueuse a sa consistance ordinaire ; elle n'offre aucune trace d'érosion ni d'ulcération. L'estomac est à peu près vide ; il ne contient qu'une petite quantité de matière jaunâtre, évidemment colorée par le laudanum. L'odeur acide domine.

6° Le duodénum présente la même coloration jaunâtre, avec [illegible] arborisations rouges, sans lésion de la muqueuse ; on y retrouve [illegible] un peu plus d'abondance la même matière jaunâtre que dans l'est[illegible] La coloration jaunâtre se prolonge dans l'intestin grêle, jusqu'à [illegible] tance de 2 mètres du pylore ; là elle cesse tout à coup et la mu[illegible] reprend sa couleur ordinaire.

7° Le foie a sa couleur et ses dimensions normales ; la vésicule [illegible] tient peu de bile ; la rate est volumineuse, elle pèse 410 gr. ; sa t[illegible] externe est recouverte de fausses membranes anciennes, épaisses de 2 centimètres. Le rein droit est énorme ; il renferme un calcul [illegible] grosseur d'une noisette allongée et remplissant tout un bassinet [illegible] il a la forme ; ce calcul est formé d'acide urique et d'urate d'a[illegible] niaque. La vessie contient un peu d'urine à réaction acide.

8° Le péricarde renferme une petite quantité de sérosité à r[illegible] alcaline. Le cœur est très volumineux, il pèse 620 grammes : le v[illegible] cule gauche est fortement hypertrophié ; l'épaisseur de ses parois [illegible] de 2 1/2 à 3 1/2 centimètres ; la crosse de l'aorte est dilatée. Le [illegible] renferme des caillots fibrineux, denses, décolorés, qui se pro[illegible] sous forme de polypes dans l'aorte et dans l'artère pulmonaire : [illegible] de sang rougeâtre et grumeleux s'écoule des veines pulmonaires [illegible] sang plus fluide sort de la veine cave supérieure.

9° Les poumons sont rosés, crépitants ; ils sont le siège d'une [illegible] gestion pulmonaire bien caractérisée.

10° La dure-mère est fortement congestionnée ; le liquide sous-[illegible] chnoïdien est extrêmement abondant et donne au cerveau l'aspect [illegible] masse gélatiniforme ; la réaction de ce liquide est alcaline ; l'ara[illegible] présente quelques taches laiteuses anciennes. Les vaisseaux de [illegible] mère sont fortement injectés. Les ventricules cérébraux renferme[illegible] médiocre quantité de sérosité. Le parenchyme cérébral présente une [illegible] tion assez notable, qui n'est pas plus prononcée en avant qu'en arr[illegible]

11° L'analyse chimique, faite par M. Hepp, pharmacien en chef [illegible] l'hôpital civil, a démontré la présence de la morphine dans les [illegible] extraites de l'estomac et du duodénum. L'inoculation de ce liquide [illegible] la peau faisait promptement naître une papule. (Tardieu, *idem*, p. [illegible] obs. III.)

E. — Par les poisons tétaniques.

Empoisonnement suicide par la strychnine suivi de mort. (Blumhar[illegible] *Journal de chimie médicale*, 1837.)

Un jeune homme de dix-sept ans, sous l'influence d'un chagrin [illegible] lent, avale immédiatement après le repas une quantité d'une solu[illegible] de strychnine que l'on évalue à 2 grammes 60 centigrammes, [illegible] quelques instants après (un quart d'heure), un verre de vin et d'[illegible] acidulée, après lequel il parait ressentir les effets du poison.

Il est pris d'angoisse et d'agitation extrême, marchant à grands pas . appelant du secours. On lui fait prendre 20 centigrammes d'émétique, ui ne font rendre qu'une gorgée de liquide. Un quart d'heure après, le ıédecin était près de lui et le trouvait dans l'état suivant : couché sur : dos, immobile, raide, la tête renversée en arrière, n'ayant plus de bres que les extrémités supérieures, et voulant constamment se tourner ur le côté droit ; la figure pâle, décomposée ; la peau naturelle ; le ouls fréquent et serré ; la connaissance entière ; la voix nette et non ltérée, mais la parole saccadée ; la déglutition est encore possible, mais eu à peu le trismus augmente ; la respiration devient bientôt irrégu- ère et intermittente, courte, le pouls petit, fréquent et serré. De nou- elles tentatives faites pour provoquer le vomissement restent sans effet. 'administration à l'intérieur de la teinture d'iode, de l'acétate de mor- hine, ne produisent aucun résultat.

Les accidents vont en s'aggravant : tout le corps est pris de secousses t de tremblements convulsifs, auxquels succède un véritable accès 'opisthotonos ; le corps, médiocrement incurvé en arrière, est soulevé out d'une pièce et lancé comme par un ressort à une certaine hauteur ıu-dessus du lit : le trismus est porté au plus haut degré, mais sans listension des muscles de la face et de la commissure des lèvres. Malgré ses efforts, le malade ne peut parler et ne profère que des sons inarti- ulés. L'intelligence paraît néanmoins intacte.

La raideur gagne les membres supérieurs, qui se croisent convulsive- ment sur la poitrine ; celle des membres inférieurs augmente ; les pieds sont contractés, la plante tournée en dedans. La respiration devient de plus en plus oppressée et s'arrête par moments ; les battements du cœur, de plus en plus irréguliers et insensibles, s'éteignent tout à fait. La peau, d'abord pâle, devient bleuâtre, surtout à la face, qui est bouffie et violacée. Le cou se gonfle ; les yeux sont saillants et fixes, les pupilles dilatées, immobiles. Toute connaissance se perd ; il y a mort apparente.

Le dernier moment paraît venu lorsque les bras se desserrent et retombent d'eux-mêmes ; la bouche s'entr'ouvre, et ce mouvement est suivi d'une inspiration lente et profonde ; le pouls reparaît, et le malade semble se réveiller et reprendre l'usage de ses sens. Cependant, cette rémission n'est pas tout à fait complète : la face reste colorée ; le tronc reste immobile et même un peu contracté ; les bras seuls recouvrent toute leur liberté d'action.

On cherche de nouveau, mais sans plus de succès. à amener le vomis- sement ; et l'on fait prendre une nouvelle dose de 25 milligrammes d'acétate de morphine.

Mais il s'était à peine écoulé un quart d'heure, qu'éclate un second accès, plus formidable que le premier, avec imminence de suffocation, perte complète de connaissance et apparence de mort. Après une courte rémission survient un nouvel accès également suivi d'un temps d'arrêt ; puis un quatrième accès, qui se termine par la mort, une heure un quart

après l'ingestion du poison, et au milieu des plus cruelles sou[illegible]. Une saignée avait été pratiquée inutilement, et l'on avait remarqué [illegible] pressant sur les vaisseaux, déjà vides de sang, on faisait sortir un [illegible]tain nombre de petites bulles de gaz.

L'autopsie a été pratiquée vingt heures après la mort. Malgré une haute élévation de température, le corps n'est pas décomposé : il [illegible]servé une rigidité extraordinaire, et les muscles sont restés co[illegible].

Dans le canal vertébral était épanché près d'un kilogramme de [illegible] épais, noir, visqueux, non coagulé. Les veines du rachis sont gorg[illegible] sang. A la partie supérieure, la moelle est ramollie, et dans qu[illegible] points réduite en bouillie.

Le cerveau et ses enveloppes sont fortement congestionnés, sans [illegible] lésion.

Les poumons contiennent peu de sang et sont sains. Le co[illegible] flasque et complètement vide.

Aucune trace d'irritation n'existe à l'intérieur de la bouche ou [illegible] l'arrière-gorge. L'estomac est encore distendu par les aliments ; [illegible] présente aucun vestige de strychnine. A la face interne, on trouve [illegible] injection considérable des vaisseaux et de la membrane muqueuse, [illegible] tout vers le cardia et le fond de l'organe. Les intestins sont dans [illegible] où on les rencontre d'ordinaire pendant le travail de la digestion. Le [illegible] est volumineux et gorgé de sang. (Tardieu, *idem*, p. 1165, ob[illegible]

Empoisonnement accidentel de six militaires par la teinture de [illegible]rides. Guérison. (Chalvignac, *De l'empoisonnement par la teinture [illegible] cantharides*, thèse de Paris, 1851.)

Le 13 octobre 1851, un soldat du 4e chasseurs d'Afrique, voulant [illegible]galer six de ses camarades qui lui avaient rendu service, leur offr[illegible] boisson composée d'un mélange d'eau, de miel, d'alcool, dont il [illegible] soustrait les éléments à l'infirmerie régimentaire. Trois heures auparavant, ces sept militaires avaient fait un copieux repas, arrosé de [illegible]breuses libations alcooliques ; ils avaient bu environ 10 litres de vin.

Le mélange précité fut partagé en parties à peu près égales : [illegible] en boit environ 200 grammes à deux reprises différentes et à dix [illegible]nutes d'intervalle ; ils se séparent ensuite pour aller répondre à l'appel et rentrent dans leur caserne.

Après un temps court, mais variable pour chacun d'eux (trois quarts d'heure, une heure, une heure et demie, deux heures), les sept [illegible] éprouvent, à l'épigastre et à l'ombilic, un sentiment de pesanteur, chaleur et de cuisson légère, suivi bientôt de coliques violentes, nausées et de vomissements abondants de matières alimentaires. En même temps, ils ressentent dans la verge, principalement à l'extrémité du gland, une douleur vive, brûlante et accompagnée d'envies fréquentes d'uriner ; ils donnent tous des marques d'une excitation générale,

èvent de leurs lits, courent dans la chambre, tourmentés par des vomissements et des selles copieuses.

Effrayé de ces accidents et craignant d'avoir commis une méprise, l'auteur du vol fait prévenir le médecin vétérinaire dans l'infirmerie duquel le miel et l'alcool avaient été dérobés. Celui-ci reconnut aussitôt, aux indications qui lui furent données et à l'inspection de la bouteille où le liquide avait été puisé, que la prétendue liqueur alcoolique n'était autre que de la teinture de cantharides, préparée depuis quinze à vingt jours, et que la quantité soustraite s'élevait à environ 600 grammes.

L'empoisonnement constaté, il administra à chacun des malades une assez forte dose d'émétique et envoya prévenir le chirurgien du corps, qui les dirigea immédiatement sur l'hôpital, où ils arrivèrent à deux heures du matin.

Là, M. le docteur Tassart, chirurgien de garde, constata chez tous les symptômes suivants : facies pâle, abattu, portant l'empreinte de la terreur ; ardeur et serrement au gosier ; douleur excessive à l'épigastre et à l'ombilic, s'exaspérant par la pression ; vomissements fréquents, soif ardente, douleurs légères à l'hypogastre et dans la région lombaire ; envies fréquentes d'uriner, se renouvelant toutes les deux ou trois minutes ; émission pénible de quelques gouttes d'urine sanguinolente, déterminant par leur passage une douleur vive, atroce, que tous les malades comparent à celle que produirait l'introduction d'un fer rouge dans le canal de l'urèthre ; cette douleur a son maximum d'acuité à la portion membraneuse du canal de l'urèthre et au méat urinaire. Un seul de ces malades a éprouvé, pendant cinq minutes, une érection douloureuse. Le pouls est fréquent, petit, faible ; la peau moite, légèrement froide ; aucune trace de céphalalgie, de délire ni de convulsions. Infusion de lin, émulsion camphrée à 2 grammes ; bains de siège.

Le 14, à sept heures du matin, les mêmes symptômes persistent avec la même acuité, à l'exception des évacuations alvines, qui, depuis trois heures, ont complètement cessé. Nous devons faire remarquer d'ailleurs que les selles étaient faciles, sans douleur ni ténesme, et nullement sanguinolentes. La langue est rouge sur les bords, jaunâtre au centre, l'inspection de l'arrière-gorge permet de constater une vive injection uniformément répandue sur les piliers du voile du palais et sur le pharynx. Tous les malades accusent un sentiment pénible et douloureux de constriction à la gorge, s'étendant au tiers supérieur de l'œsophage, et une sensation pareille à celle qu'occasionnerait une pièce d'un sou appliquée fortement contre la paroi postérieure du pharynx. La soif est toujours très vive, et chez deux de ces malades les boissons sont difficilement supportées.

L'ischurie persiste au même degré ; les urines sont sanguinolentes, rendues goutte à goutte ; traitées par l'acide nitrique et la chaleur, elles fournissent un précipité très abondant d'albumine. Les malades, couchés sur le côté, les jambes fléchies sur les cuisses, celles-ci sur le bassin, et le tronc penché en avant, font de pénibles efforts pour satisfaire le

besoin impérieux d'uriner qu'ils éprouvent; chez tous, absence complète d'érection. Une céphalalgie légère s'est déclarée ; le pouls est toujours un peu plus fréquent qu'à l'état normal, mais faible et petit. Prescription *ut supra ;* plus, frictions camphrées opiacées sur l'épigastre et le périnée, lavements camphrés opiacés, et bains généraux.

A la visite du soir, amélioration notable ; les vomissements, moins fréquents chez trois de nos malades, ont tout à fait cessé chez les autres. La constriction du gosier et les coliques sont moins prononcées ; le besoin d'uriner, moins fréquent, moins impérieux, mais la miction est toujours accompagnée de douleurs. Les urines, un peu moins sanguinolentes, renferment toujours beaucoup d'albumine ; pas de selles, ni d'érections.

Le lendemain 15, l'amélioration a continué ; les malades ont eu un peu de sommeil, la céphalalgie légère qu'ils ont ressentie la veille a disparu. Les parois abdominales sont à peine sensibles à la pression ; les vomissements ont cessé, le besoin d'uriner ne se fait plus sentir qu'à toutes les heures. Les urines sont moins rouges et contiennent quelques pellicules blanchâtres, leur émission n'est plus aussi douloureuse qu'la veille. Pouls normal, ni érections ni selles ; celles-ci, supprimées trois heures après l'entrée des malades à l'hôpital, n'ont pas encore reparu. Prescription *ut supra*, moins les lavements.

Le 16, il ne reste plus qu'un peu de constriction à la gorge: l'épigastre n'est plus sensible à la pression. Les urines ont repris leur couleur normale et ne déterminent, par leur passage dans le canal de l'urèthre, qu'un léger sentiment de chaleur. Elles contiennent encore des traces d'albumine et quelques pellicules blanchâtres. L'appétit s'est réveillé, la soif a complètement disparu. Potage, boissons adoucissantes, bains généraux.

Le 17, tous les accidents ont disparu, tous les organes exécutent bien leurs fonctions. Les malades restent encore six jours à l'hôpital pour consolider leur guérison, et sortent, le 23, complètement rétablis. (Tardieu, *idem*, p. 1224, obs. II.)

Attentats aux mœurs.

Rapport sur un attentat à la pudeur sans violence sur une petite fille de onze ans. (Devergie, *Médecine légale*, t. I, p. 572.)

Nous, C.-P. Olivier, docteur en médecine, M.-G.-A. Devergie, professeur agrégé près de la Faculté de médecine, nous nous sommes rendus aujourd'hui, 22 juin 1834, rue de Cléry, n° ...., chez la dame L...., à l'effet de visiter la demoiselle Thérèse Étienne, âgée de onze ans, et de déterminer *si elle porte sur les diverses parties du corps des traces quelconques de défloration ou de violences; à quelle cause cette défloration et ces violences peuvent être rapportées; dans quelles circonstances elles*

ont pu être produites, et à l'aide de quels moyens elles ont été causées; le tout ainsi qu'il résulte d'une ordonnance de M. L..., juge d'instruction en date du ....

La femme L... nous a appris que la petite Thérèse a disparu de chez elle, le 19 juin, à neuf heures du matin; qu'elle a fait des recherches vaines pour la trouver; qu'elle lui a été ramenée le lendemain à midi. Thérèse a déclaré qu'elle avait passé la nuit chez un monsieur avec qui elle avait couché; qu'à deux reprises différentes il s'était livré à des attouchements longtemps prolongés, attouchements qu'il avait opérés avec ses doigts seulement; qu'il n'avait, du reste, fait aucune tentative d'un autre genre.

Thérèse ne présente pas actuellement de traces de violences, sur quelque point du corps que ce soit. Les parties génitales sont tout à fait dans l'état normal, si l'on excepte une rougeur et une injection de vaisseaux qui se remarquent à l'entrée du vagin; mais les grandes et les petites lèvres, la fourchette et l'hymen, sont intacts.

La chemise porte, en avant et en arrière, plusieurs taches jaunâtres qui proviennent très probablement d'un écoulement des parties génitales.

La femme L... déclare que ces taches sont assez fréquentes chez cette jeune fille; que d'ailleurs depuis longtemps elle est adonnée à la masturbation; que, dans son très jeune âge, on a été forcé de l'attacher dans son lit avec une camisole de force, pour lui faire perdre cette mauvaise habitude.

D'où nous concluons :

1° Que la jeune Thérèse ne présente pas de traces de viol;

2° Qu'elle n'offre aucun des caractères qui constituent la défloration;

3° Que la rougeur de l'entrée des parties génitales et les taches observées sur la chemise peuvent être facilement expliquées par les attouchements habituels auxquels cette jeune fille paraît se liver. (Lutaud, *Manuel de médecine légale et de jurisprudence médicale*, p. 677.)

•

Attentat à la pudeur. — Signes négatifs. — Leucorrhée constitutionnelle.

Visite de la jeune A. B..., âgée de six ans et demi.

Enfant lymphatique peu développée, peu intelligente. Pleurs, yeux rouges, paupières enflammées, sans cils. Engorgement et abcès autour du cou.

Parties génitales externes très peu développées. L'ouverture de la vulve est très étroite et très enfoncée : on aperçoit la membrane hymen qui la ferme complètement et dont le centre seul est percé d'un petit orifice; elle est parfaitement intacte. La fourchette n'est nullement déprimée. Ecoulement médiocrement abondant d'une matière jaune assez épaisse, qui imprègne la face interne des petites et des grandes lèvres et l'orifice de la vulve, mais sans trace d'inflammation ni d'ulcération. Pas de douleur.

Conclusion : 1° La jeune A. B... n'a pas été déflorée ; 2° la membrane hymen ainsi que les parties extérieures de la génération sont intactes et ne présentent les traces d'aucune violence ; 3° l'écoulement peu abondant dont est actuellement affectée la jeune B... paraît être uniquement dû à une irritation locale fréquente chez les petites filles d'un tempérament lymphatique et d'une constitution très molle comme est la jeune B., qui a déjà été atteinte d'ailleurs d'un écoulement semblable ; 4° l'absence d'inflammation et d'ulcération, et l'intégrité des parties sexuelles jointes à la nature de l'écoulement, ne permettent pas de penser qu'il résulte de la communication d'une affection vénérienne contagieuse. 5° par suite des précédentes constatations, nous n'avons pas jugé nécessaire de visiter l'inculpé, dont l'état a déjà du reste été l'objet d'un premier examen. (Tardieu, *Etude médico-légale sur les attentats aux mœurs*, p. 142, obs. I.)

Attentats à la pudeur. — Inflammation simple, mais très aiguë de la vulve et du vagin.

Visite, le 27 juin 1856, de la jeune C. P..., âgée de huit ans.

Jeune enfant de constitution excellente. Parties sexuelles bien conformées et pas plus développées que l'âge ne le comporte. Inflammation générale de la vulve. Hymen rouge, tuméfié, déchiré sur le bord libre. Ecoulement abondant de matière purulente sortant du vagin, ni ulcération ni engorgement. Bon état général.

L'inculpé présente à l'extrémité du membre viril de nombreuses excoriations récentes, mais sans caractère syphilitique et qui peuvent se rattacher à une irritation de l'urèthre, qui se manifeste par un suintement muqueux assez abondant, que la pression du pénis rend très apparent. Il y a en outre à la base du gland une cicatrice ancienne dont le siège et la forme indiquent qu'elle provient d'un chancre depuis longtemps guéri. On n'a trouvé d'ailleurs sur ce détenu aucun signe actuel de syphilis constitutionnelle.

1° La jeune C. P... n'a pas été déflorée.

2° Elle porte des traces de violences manifestes, caractérisées par la déchirure incomplète de l'hymen et par l'inflammation très aiguë dont les parties sexuelles sont le siège.

3° Cette inflammation, qui peut être le résultat d'un contact impur, peut aussi être le résultat de l'irritation produite par des tentatives violentes d'introduction du membre viril. Elle ne peut dans aucun cas être attribuée à la mauvaise constitution de l'enfant, soit à des habitudes vicieuses de sa part.

4° Le nommé C... n'est atteint en ce moment d'aucune affection vénérienne actuellement communicable, mais il porte les traces d'une inflammation chronique des organes génitaux, qui peut avoir rendu son approche encore plus irritante pour les parties délicates d'une enfant. (Tardieu, *idem*, p. 144, obs. III.)

Attentat à la pudeur sur une petite fille de quatre ans et demi. — Inflammation vulvaire. — Écoulement par l'urèthre. — Blennorrhagie communiquée.

Visite de la jeune H. M..., à Lourcine.

Enfant de quatre ans et demi, bien constituée. Pas de scrofules. Parties bien conformées. Pas de développement anticipé. Inflammation très aiguë. Gonflement, rougeur très vive. Écoulement purulent verdâtre par la vulve et l'urèthre, turgescence vasculaire très remarquable. Hymen non détruit, rouge, tuméfié. Pas d'élargissement. Santé générale non altérée.

L'inculpé est atteint d'une chaudepisse aiguë avec écoulement purulent verdâtre, rougeur du méat et du prépuce, pas de chancres, qui remonte à un mois, à ce qu'il dit. Il prétend faussement que c'est le retour d'un écoulement ancien de plus de cinq ans.

1° La jeune M... n'a pas été déflorée.

2° Elle est atteinte d'un écoulement blennorrhagique qui résulte manifestement d'un contact impur et qui est de nature vénérienne.

3° Elle ne porte pas d'autres traces actuellement appréciables de violence et d'attentat.

4° Le nommé B... est affecté d'un écoulement actuellement communicable et de la même nature que celui dont l'enfant est atteinte. (Tardieu, *idem*, p. 146, obs. VI.)

Attentats à la pudeur répétés. — Déformation caractéristique chez une jeune fille de treize ans et demi.

Visite, le 5 janvier 1854, de la jeune A. H..., à Charonne, âgée de treize ans et demi.

Jeune fille grande, assez développée, quoique non nubile. Organes génitaux surtout présentant un développement presque complet et des poils assez nombreux recouvrant les grandes lèvres et le pubis. Vulve saillante et très largement ouverte. Clitoris très volumineux. Hymen, sans être entièrement détruit, profondément refoulé, est en partie déchiré, en partie relâché, de manière à laisser béant et très élargi l'orifice du vagin, dont la dilatation permet l'introduction facile du doigt. D'ailleurs ni inflammation, ni rougeur, ni écoulement. Santé générale excellente.

1° La jeune A. H... n'a pas été complètement déflorée ; 2° mais les parties sexuelles sont le siège d'une déformation caractéristique, qui résulte manifestement de tentatives répétées d'intromission d'un corps dur et volumineux, comme le membre viril; 3° ces tentatives ne sont pas toutes récentes, et l'état de la jeune A. H... indique des habitudes déjà anciennes de débauche ; 4° il n'existe pas d'autres traces de violences, non plus qu'aucun signe d'affection vénérienne ancienne ou récente. (Tardieu, *idem*, p. 154, obs. XV.)

Viol. — Défloration complète. — Signes encore apparents après trois semaines.

Visite de la jeune Octavie P..., âgée de dix-sept ans et demi.

Le 21 juin dernier, l'inculpé s'était précipité sur elle, elle avait d'abord été jeté la face contre terre, mais il l'avait relevée lui-même en lui saisissant et lui maintenant les bras avec force ; enfin, la renversant sur le dos et pendant qu'elle était étendue sur des planches qui tenaient le col et la partie supérieure du tronc un peu élevée, vive douleur, écoulement de sang. Ne s'est pas aperçue que son corps ou ses vêtements aient été souillés par un autre liquide. Depuis ce jour, une époque menstruelle a passé sans que les règles aient paru, d'où crainte de grossesse. Détails donnés sans hésitation, avec simplicité.

Taille assez élevée. Constitution délicate et hors d'état de soutenir une lutte avec l'homme même le moins vigoureux. Bonne santé. Pas de marque d'affection constitutionnelle scrofuleuse ou autre. Parties sexuelles bien conformées. Grandes et petites lèvres fermant complètement l'entrée du vagin, qui est profondément situé. Rigidité et apparence de fraîcheur de toutes ces parties excluant toute idée d'habitudes solitaires ou de dépravation précoce. Orifice du vagin très étroit. Rougeur vive de la face interne des petites lèvres. Hymen présentant à sa partie moyenne et un peu à droite une déchirure profonde, qui s'étend presque jusqu'à la fourchette. Les deux bords de la plaie sont irrégulièrement cicatrisés. Il existe, notamment à gauche, un bourrelet saillant. L'hymen ainsi déchiré forme de chaque côté un repli qui n'est nullement rétracté, ce qui prouve que le coït n'a pas été répété. Injection très forte et rougeur de toutes ces parties. Pas d'écoulement, soit sanguin, soit purulent ou muqueux. Pas d'ulcération. Léger engorgement des ganglions de l'aine, surtout à gauche.

Ni à la partie inférieure du ventre, ni dans la région des reins, ni sur les cuisses, ni sur les jambes, aucune trace de contusions récentes ; mais, sur les membres supérieurs et sur le haut du corps, marques de violences tout à fait caractéristiques.

Avant-bras droit : à la partie moyenne et le long du bord interne, cinq ecchymoses d'une couleur jaune verdâtre disposées très régulièrement suivant une ligne courbe à concavité tournée en avant et paraissant manifestement résulter d'une pression très violente exercée avec la main. Du côté gauche, au-dessus du poignet, il existe également en avant et en arrière une double ecchymose en tout semblable aux précédentes. A la base du col, en arrière et entre les deux épaules, une trace moins apparente et presque entièrement effacée d'une ecchymose étendue transversalement. Au niveau de l'épaule droite, longue excoriation recouverte d'une croûte légère, paraît de date plus récente que les ecchymoses.

Traces de contusions non indiquées par la jeune Octavie, qui n'en

soupçonnait pas même l'existence. Elles avaient pu d'ailleurs échapper à un premier examen, les ecchymoses devenant plus apparentes à mesure que leur résolution s'opère.

1° La jeune Octavie porte les traces d'une défloration récente, caractérisée par la déchirure complète de la membrane hymen et remontant à trois semaines environ. 2° Cette déchirure est le résultat de l'intromission forcée et complète d'un corps dur et volumineux, comme le membre viril. 3° Les traces de contusions multiples qui existent sur les membres supérieurs, et qui, par leur nature et par leur siége, sont l'indice manifeste d'une lutte, semblent démontrer que la défloration doit être attribuée à un viol. (Tardieu, *idem*, p. 170, obs. XXI.)

Sodomie.

Attentat contre nature commis sur une femme par son mari. — Signes caractéristiques de sodomie; désordres très graves.

Le fait que l'on va lire est un des plus graves que j'aie rencontrés.

J'ai été appelé, le 15 janvier 1854, à visiter la femme L..., âgée de dix-huit ans, mariée depuis cinq mois à un homme qui lui a fait subir tous les mauvais traitements et qui, dès les premiers jours, a abusé d'elle de toutes les manières.

Cette jeune femme, qui, sans être bien vigoureuse, ne paraît pas d'une mauvaise constitution, est en ce moment dans un état de faiblesse et de marasme qui atteste une longue et profonde souffrance, et cependant, au dire même de la femme L..., cet état s'est amélioré depuis quelque temps. Elle est pâle, chétive, atteinte de palpitations avec bruit de souffle anémique au cœur, de difficulté de respirer. Les fonctions digestives ont été gravement troublées, une diarrhée très rebelle a duré jusqu'à ces derniers jours, mais a cessé aujourd'hui. La femme L... se plaint toujours d'une sensation de brisement des hypochondres qu'elle attribue aux contusions qu'elle aurait reçues. Nous devons dire qu'il n'existe aucune trace apparente de ces contusions, circonstance qui peut tenir au temps qui s'est écoulé depuis que la femme L... est à l'abri des violences dont elle se dit victime. Les parties sexuelles ne sont le siège d'aucune lésion particulière. Nous remarquons seulement un écoulement abondant de flueurs blanches. Quant aux attentats, ils ont laissé des traces manifestes.

Le périnée est large et plat, d'autant plus que la maigreur est extrême. D'où il résulte que l'anus, dont les plis sont complètement effacés, n'est pas déprimé ni infundibuliforme, mais constitue un trou régulier, arrondi et comme béant au milieu du périnée. Les deux anneaux contractiles du sphincter qui fermaient l'orifice anal sont relâchés à tel point que les matières ne peuvent pas être complètement retenues et que la dilatation en est pour ainsi dire permanente. Ni déchirure, ni fissure, ni hémorrhoïdes.

1° La femme L... est dans un état de maladie et d'affaiblissement qui peut être la conséquence des mauvais traitements auxquels elle a été en butte et dont il n'existe plus aujourd'hui de traces apparentes.

2° Cette maladie doit occasionner une incapacité de travail de plus d'un mois.

3° Il existe sur la personne de la femme L... des traces de violences résultant d'attentats contre nature qui ont été certainement fréquemment répétés.

4° Ces violences ont produit une déformation qui dégénère en véritable infirmité et qui persistera toujours à un certain degré. (Tardieu, *idem*, p. 256, obs. I.)

Pédérastie.

Habitudes actives et passives. — Signes caractérisés. — Marisques.

B..., cordonnier, âgé de quarante ans environ, a été arrêté au mois juillet 1850, place de la Bastille, dans un groupe où l'on jouait à la main chaude et où ses gestes indécents l'avaient fait remarquer.

Avant de se soumettre à mon examen, cet homme me prévient que je ne trouverai pas « son derrière fait comme les autres », parce qu'il avait été anciennement opéré pour des tumeurs hémorrhoïdaires et qu'il en était encore atteint en ce moment. Il a protesté d'ailleurs avec des larmes que, s'il avait eu les goûts qu'on lui reproche, il ne les aurait pas satisfaits de cette manière.

L'ayant fait déshabiller complètement, nous avons constaté que son membre viril, très long et volumineux, présente à son extrémité une élongation et un amincissement caractéristiques qui donnent au gland la forme presque pointue d'un pénis de chien. Il n'existe aux parties génitales aucune trace de maladie syphilitique ancienne ou récente.

La région de l'anus offre une disposition non moins significative. Après avoir écarté les masses musculaires qui forment les fesses, on découvre une sorte de cavité large et profonde, au fond de laquelle s'ouvre l'orifice anal, et qui constitue une sorte d'infundibulum à large ouverture et comme cratériforme. L'ouverture de l'anus est elle-même considérablement dilatée et agrandie dans le sens longitudinal. Un repli cutané assez étendu, formé par d'anciennes tumeurs hémorrhoïdaires, flasques et non turgescentes, forme à droite de l'anus comme une sorte de valvule. Les tumeurs qui ont pu être enlevées au pourtour de cette partie n'ont laissé qu'une trace peu apparente et n'ont en aucune façon contribué à produire les déformations considérables qui existent à la région anale. Il n'y a pas non plus d'altérations de nature vénérienne dans cette partie. (Tardieu, *idem*, p. 258, obs. V.)

Avortement.

'entative d'avortement au moyen de l'ergot de seigle et de deux saignées, sans résultat.

Le 10 janvier 1850, nous avons eu à visiter à Montrouge une jeune lle âgée de dix-huit ans, qui dit avoir été victime d'une tentative 'avortement de la part d'un médecin au service duquel elle était et ui l'avait rendue mère.

Dès la première fois que les règles avait manqué, il lui avait administré, pendant quatre jours de suite, trois prises d'une poudre jaune risâtre provenant de grains noirs comme des grains de blé. Deux sainées avaient été pratiquées en outre au premier et au deuxième mois, t le sang avait servi à tacher les linges pour faire croire à l'existence es règles. Il s'agissait d'apprécier ces faits, qui du reste n'avaient as arrêté le cours de la grossesse.

Or la poudre dont la fille L... dit avoir fait usage est suffisamment aractérisée dans ses explications pour que l'on y reconnaisse la poudre 'ergot de seigle. Cette substance, malgré ses effets incertains, possède es propriétés abortives. D'ailleurs, à l'époque de la grossesse où cette lle L... l'a prise, l'emploi ne saurait en être justifié, et elle était manieestement administrée dans le but de procurer l'avortement. Les sainées pouvaient concourir secondairement au même résultat. (Tardieu, *Etude médico-légale sur l'avortement*, p. 110, obs. II.)

Avortement provoqué par la sabine. — Mort [1].

Une femme de vingt et un ans, parvenue à un état de grossesse assez vancée, après avoir soupé avec son amant, est réveillée au bout de uatre ou cinq heures par de violentes douleurs d'estomac et des nauées, et tombe dans un état d'insensibilité complète : respiration steroreuse, écume à la bouche, gonflement de la face, paupières abaisées, traits fortement contractés, convulsions des membres. En même emps, le travail s'opérait ; mais la femme succomba douze heures près la première apparition des accidents, au moment où la délivrance llait se faire. L'accouchement amena un enfant mort.

A l'autopsie, on ne trouvait aucune trace de violence. Les vaisseaux ncéphaliques étaient gorgés de sang noir et fluide; la substance cérérale, infiltrée çà et là de petits caillots de sang noirâtre; les poumons, ongestionnés; l'estomac, un peu plus pâle qu'à l'ordinaire, excepté lans un ou deux points qui semblaient être le siège d'une infiltration anguine.

Les liquides contenus dans l'estomac soumis à la distillation four-

1. Observation du docteur Letheby, *The Lancet*, 1845.

nirent un liquide trouble et opaque qui avait le goût et l'odeur de l'hu de sabine. Examiné au microscope, il présentait de petits globules ci leux; repris par l'éther et évaporé, il donnait de petites gouttes d'u huile jaunâtre qui offrait tous les caractères physiques de l'huile sabine. On y trouvait également un sédiment en tous points analog de la poudre de sabine sèche. En séparant par l'éther le résidu tro sur le filtre, on obtint une solution verdâtre qui renfermait de la rési et de la chlorophylle. Enfin, des expériences répétées avec la pou de sabine donnèrent des résultats exactement semblables à ceux qu'a offerts l'analyse du liquide trouvé dans l'estomac, et ne laissè pas de doute aux experts sur la réalité d'un empoisonnement pa sabine. (Tardieu, *idem*, p. 116, obs. XI.)

Avortement provoqué à trois mois par manœuvres directes. — Circon tances qui ont précédé, accompagné et suivi l'opération.

Une fille M..., présumant qu'elle était grosse, se fait examiner, à d reprises, par une sage-femme, qui constate la grossesse et lui offre la débarrasser pour cent francs. La somme est débattue et réduite trente francs. — Le 30 avril, dans la soirée, elle se rend chez la sa femme, qui, comprenant le but de cette visite, entre dans un cabi où l'on a saisi ultérieurement dans le tiroir d'un meuble des aiguil de fer de diverses grosseurs. Elle vient alors, tenant quelque chose c veloppée dans un linge : la fille M... se sent piquée ; elle éprouve un faiblesse, et, quelques instants après, le sang commence à couler. L sage-femme lui dit alors qu'elle serait débarrassée au plus tard da neuf jours; qu'elle prendrait un bain, se mettrait les pieds à l'eau, lui apporterait le linge qu'elle aurait taché de sang, afin qu'elle le laver sans qu'on s'en aperçût. La fille M. rentre chez elle au bout d'u demi-heure environ. Dès le lendemain, elle se sent malade et se cou de bonne heure ; son indisposition va en s'aggravant le jour suivan elle se plaint de coliques, se trouve mal plusieurs fois et perd bea coup de sang. Le médecin appelé attribue les accidents à une fausse couche survenue vers le troisième mois de sa grossesse. Tous ces fa sont confirmés par les aveux de la fille M..., qui fut mise en jugem avec la sage-femme. Celle-ci fut seule condamnée à huit années de r clusion. La fille M..., après les manœuvres auxquelles elle s'était so mise, présentait une tumeur ovarique considérable. (Tardieu, *id* p. 120, obs. XVI.)

Avortement provoqué à six mois, à l'aide d'une sonde introduite dan matrice. — Métro-péritonite aiguë. — Objets saisis chez la sa femme accusée.

Chargé, le 3 novembre 1856, de visiter la fille V..., inculpée d'av tement, nous l'avons trouvée au lit; sa physionomie exprimait la sou

france ; elle se plaignait de vives douleurs dans le ventre ; la moindre pression exercée sur l'abdomen était insupportable. Il existe en effet une tuméfaction et une tension très considérables du ventre. On sent à l'hypogastre la matrice, dont le volume est très augmenté. Elle est le siège principal de la douleur et manifestement enflammée. La sensibilité est tellement vive, qu'une exploration plus complète est impossible. La fille V... est en outre atteinte d'une fièvre ardente.

Des renseignements qu'elle nous donne, il résulte qu'il y a trois semaines, étant enceinte de six mois, elle subit une opération qui consista dans l'introduction d'une sonde dans la matrice. Elle ressentit une sensation de piqûre peu douloureuse, suivie peu de temps après d'une perte qui, moins de vingt-quatre heures après, amena l'issue prématurée du produit de la conception. Les suites immédiates de la fausse couche furent assez régulières ; mais, quelques jours plus tard, des accidents graves apparurent et parvinrent au point où nous les voyons aujourd'hui.

1° La fille V... est atteinte d'une inflammation aiguë de la matrice et du péritoine, consécutive à un avortement.

2° L'état grave dans lequel est cette fille ne permet pas de constater directement en ce moment les traces de violences qui pourraient exister du côté de la matrice ; mais les renseignements qu'elle donne et la nature des accidents qu'elle éprouve ne peuvent laisser de doute sur la réalité de l'opération qu'aurait subie la fille V... et dont l'avortement aurait été la conséquence.

Chez la sage-femme accusée, on saisit, entre autres objets : du laudanum, du nitrate acide de mercure, du sirop de chicorée et de l'huile d'amandes douces, de l'essence de térébenthine, de la poudre de lycopode, etc. ; deux baleines de corset : l'une munie d'une éponge pour essuyer la matrice, l'autre coupée pouvant servir d'instrument abortif. (Tardieu, *idem*, p. 131, obs. XXV.)

Avortement par injection intra-utérine.

La fille H..., visitée par moi le 2 février 1857, s'était soumise à des manœuvres abortives, consistant en une injection faite au moyen d'une seringue à canule recourbée remplie d'eau de savon, mélangée d'une poudre blanche. Elle était debout et avait éprouvé une sensation de liquide montant dans l'intérieur du corps. Un écoulement immédiat de quelques gouttes de sang; des coliques survenant promptement; enfin la délivrance après quatorze heures : telles furent les suites de l'opération, qui détermina ultérieurement une métrite chronique avec engorgement considérable et écoulement leucorrhéique.

1° La fille H... porte les traces d'une grossesse qui peut remonter à l'époque du mois d'avril dernier et qui paraît avoir été interrompue vers le milieu de son cours.

2° Il est impossible de constater des traces positives des manœuvres abortives qui ont pu provoquer l'accouchement prématuré ; mais il est permis d'affirmer que des manœuvres semblables à celles que décrit cette femme auraient pu produire des lésions exactement pareilles à celles dont la matrice est actuellement atteinte.

3° Les détails donnés par l'accusée offrent d'ailleurs un caractère de parfaite exactitude.

4° L'eau de savon et la poudre blanche inconnue n'ont pas dû ajouter aux effets de l'injection. (Tardieu, *idem*, p. 136, obs. XXXI.)

Avortement provoqué à huit mois par manœuvre directe. — Blessure du fœtus à la tête [1].

Un enfant nouveau-né trouvé sur la voie publique, et parvenu au huitième mois de la vie intra-utérine, présentait, outre les signes de la mort par strangulation, une plaie située sur la ligne médiane, et à la partie moyenne de l'occipital, dirigée verticalement, longue de 8 millimètres, à bords très nets, à angle supérieur aigu et inférieur obtus. La paroi osseuse a été traversée par l'instrument qui a pénétré jusque dans l'épaisseur du cervelet, et du sang coagulé est épanché à la surface du cerveau. — D'où l'expert, appelé à prononcer sur ce fait, conclut, avec raison, qu'il y a eu provocation de l'accouchement prématuré par la rupture de la poche des eaux, et leur écoulement au moyen d'un instrument piquant et tranchant, comme un bistouri droit, plongé dans la tête du fœtus. (Tardieu, *idem*, p. 154, obs. XLVII.)

Infanticide

Infanticide par suffocation. — Occlusion des voies aériennes.

P... était domestique à Arzillières ; dans les premiers jours de mars 1854, elle quitta Arzillières dans un état de grossesse très avancée, mais elle n'en avait fait part à personne : loin de là, quand on la questionnait sur l'épaisseur de sa taille, elle cherchait à détourner ces soupçons, et tantôt répondait d'une manière évasive, tantôt affirmait qu'elle n'était pas enceinte.

D'Arzillières, la fille P. vint à Paris, et, presque aussitôt son arrivée, elle entra comme domestique chez les époux Mercier, marchands plumassiers, rue Saint-Sauveur, 5, pour remplacer momentanément leur propre domestique absente. Dès les premiers jours, la dame Mercier crut s'apercevoir que la fille P... était enceinte ; elle fit part de ses conjectures à son mari ; mais, par un sentiment de délicatesse louable, elle

1. H. Bayard, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, première série, *loc. cit.*

n'osa pas déclarer ses soupçons à celle qui en était l'objet, dans la crainte de l'humilier s'ils n'étaient pas fondés.

Cependant, le 24 mars, la fille P., souffrante d'un rhume, était restée dans son lit; la dame Mercier voulut la faire expliquer nettement sur sa position. Elle lui demanda, à plusieurs reprises, si elle était enceinte, et cette fille nia avec persévérance ; la dame Mercier insista pour triompher de ce qu'elle considérait avec raison comme un mensonge ; elle lui tint le langage le plus bienveillant, le plus propre à la rassurer.; elle lui fit connaître qu'il y avait à Paris des établissements où elle serait reçue pour faire ses couches, où on lui faciliterait le moyen d'élever son enfant.

L'inculpée persista dans ses dénégations, et la dame Mercier, à laquelle ce silence donnait des inquiétudes, lui fit clairement entendre qu'elle soupçonnait qu'elle pouvait avoir de mauvais desseins sur son enfant, et que la loi était très sévère pour ces sortes de crimes.

Plus tard, dans la même journée, la dame Mercier interpella de nouveau la fille P... ; elle lui annonça que son mari et elle, convaincus de son état de grossesse, étaient décidés à la faire visiter par un médecin: enfin elle fit appel à ses sentiment religieux et lui demanda de jurer sur le Christ qu'elle n'était pas enceinte.

Après avoir cherché à nier, l'inculpée finit par avouer qu'elle se croyait enceinte, mais elle fit remonter sa grossesse tantôt à six mois, tantôt à huit mois, ajoutant, lorsque sa maîtresse lui offrait de la faire conduire dans une maison d'accouchement, qu'elle était loin encore de l'époque de sa délivrance.

Ceci se passait dans la journée du 24 mars.

Le lendemain matin, à six heures et demie, le sieur Mercier entrait dans la chambre de sa domestique, qui, à une question sur sa santé, se contentait de répondre que ça n'allait pas, sans entrer dans aucun autre détail.

A huit heures moins un quart, la dame Mercier, étonnée de n'avoir pas vu encore paraître la fille P., entrait à son tour dans sa chambre, et celle-ci lui déclara qu'elle avait fait une fausse couche ; qu'au milieu de la nuit, de quatre à cinq heures, elle avait éprouvé de vives coliques ; qu'à six heures du matin elle avait cru avoir besoin d'aller à la garde-robe ; qu'en se plaçant sur le vase de nuit son enfant était venu, qu'il était tombé dans le vase, avait poussé un petit cri, fait deux soupirs et qu'il était mort aussitôt ; quelques instants après, elle varia dans ces détails et dit que l'enfant était tombé non dans le vase, mais par terre.

Les sieur et dame Mercier envoyèrent de suite chercher leur médecin, le sieur Lebreton ; il arriva aussitôt, l'enfant était mort, mais son cadavre était encore chaud ; il n'existait aucune trace de lésions ou de violences extérieures, mais il trouva l'enfant empaqueté dans un jupon qui le recouvrait de toutes parts. Il lui parut bien constitué, né à terme et parfaitement viable, et il attribua sa mort soit au défaut de soins,

soit à une pensée coupable par suite de laquelle il aurait été enveloppé de façon à ne pouvoir respirer.

J'ai été chargé, le 27 mars 1854, de procéder à l'autopsie de l'enfant nouveau-né issu de la fille P... et j'ai fait les constatations suivantes :

Enfant du sexe féminin, forte et vigoureuse, 2 kil. 750, 52 centimètres de long, point épiphysaire très développé, cordon non coupé, déchiré, non lié, pas de putréfaction.

Tête et cou, ainsi que la partie supérieure de la poitrine d'une couleur violacée très foncée ; pas d'excoration apparente sur le visage et le cou.

A la surface du péricrâne, on trouve un très grand nombre de petits épanchements très limités de sang coagulé, distincts de la bosse sanguine syncipitale ; os intacts.

Organes thoraciques surnageant.

Poumons gorgés de sang ; mais sur la surface d'un rouge foncé on distingue une multitude de petites ecchymoses ponctuées, disséminées sous la plèvre, d'une couleur noirâtre, et qui donnent aux deux poumons un aspect granitique.

Larynx et trachée contenant une certaine quantité d'écume sanguinolente.

Cœur offrant aussi à sa surface des ecchymoses sous-péricardiques vers la base et à l'origine des gros vaisseaux. Il contient du sang tout à fait fluide.

Viscères abdominaux à l'état normal.

Estomac distendu par une grande quantité de mucosités teintes de sang.

1° Enfant né à terme, viable et très vigoureusement constitué.

2° Cet enfant a vécu et respiré.

3° La mort est le résultat d'une asphyxie par suffocation, produite par un obstacle violemment apporté à l'action de l'air dans les voies aériennes.

4° Il n'existe pas de lésion apparente à l'extérieur ; mais les altérations des organes respiratoires ne peuvent laisser des doutes sur la cause de la mort, qui ne peut être attribuée ni aux difficultés naturelles de l'accouchement ni à un état de faiblesse congénital de l'enfant. (Tardieu, *Etude médico-légale sur l'infanticide*, p. 266, obs. I.)

Infanticide par fracture du crâne et suffocation.

Autopsie, le 22 décembre 1852, de l'enfant nouveau-né de la fille S..., sexe féminin ; cordon non coupé, rompu à 36 centimètres ; corps souillé de boue, desséché.

Face aplatie, nez et lèvres sans déchirure ni excoriation, téguments du crâne dans toute leur étendue soulevés par un épanchement de sang coagulé énorme, toute la voûte traversée par des fractures multiples qui partent des deux pariétaux.

Poumons surnageant, très aérés, à leur surface, et sur le cœur quelques petites ecchymoses purulentes.

Estomac, mucus spumeux.

Points d'ossification des fémurs ; sur le dos, les genoux, les cuisses, nombreuses et profondes ecchymoses.

1° Enfant nouveau-né à terme viable, bien conformé.

2° A vécu et respiré assez longtemps pour que la respiration complète et la déglutition s'opèrent.

3° Mort résultant des fractures du crâne.

4° Ces fractures sont produites par l'écrasement de la tête. Elles ne peuvent en aucune façon être rapportées soit à une chute accidentelle, soit au travail de l'accouchement.

5° De nombreuses contusions, suite de violences, existent sur le tronc et les hanches.

6° L'état du poumon, les ecchymoses que nous avons constatées à leur surface indiquent que des efforts ont été faits pour étouffer les cris de l'enfant et qu'un commencement d'asphyxie a eu lieu. (Tardieu, *idem*, p. 281 obs. XIV.)

Infanticide par strangulation.

Le 10 mai 1853, j'ai fait à la Morgue l'autopsie de l'enfant de la fille C..., accouchée le 2 mai à l'hôpital Saint-Louis.

Cet enfant, du sexe féminin, vigoureux, né à terme depuis sept jours, présente une cicatrice ombilicale parfaitement et complètement formée. Un sillon large d'un doigt et demi, et très profond, tourne transversalement autour du cou. Les bords sont violets ; la partie inférieure de la face est très violacée. Il n'y a pas d'ecchymose dans le tissu cellulaire sous-jacent. Le larynx et les bronches contiennent une écume rosée très fine et très abondante. Les poumons sont gorgés de sang ; des ecchymoses larges et nombreuses sont disséminées à leur surface ; les cavités droites sont pleines de sang fluide. L'estomac est rempli de lait récemment ingéré.

Cette enfant, née à terme, bien conformée, a vécu huit jours ; sa mort est le résultat de la strangulation opérée à l'aide d'un lien fortement serré autour du cou. (Tardieu, *idem*, p. 293 obs. XXIII.)

Enfant jeté vivant dans la fosse et retiré vivant après onze heures.

Autopsie, le 2 août 1869, d'un enfant jeté dans la fosse, d'où il a été retiré vivant après onze heures. Il est mort une heure après. Les poumons présentent une particularité très curieuse. De nombreux lobules sont restés à l'état fœtal et forment des plaques violacées à la surface, entre les parties aérées, qui sont pâles. Cela simule des noyaux apoplectiques, mais il n'y a pas traces d'infiltration sanguine ni ecchymose sous-pleurale.

Enfant à terme ; cordon rompu et non lié, à 10 centimètres de son insertion abdominale. Estomac renfermant une assez grande quantité de matières liquides de la fosse d'aisances. Enfant du sexe féminin à terme, viable et bien conformé ; a vécu et respiré. Mort par suite de son séjour prolongé dans la fosse d'aisances et de l'air vicié qu'il y a respiré. La fille L. présente les signes d'un accouchement qui ne remonte pas au delà de trois jours. (Tardieu, *idem*, p. 304 obs. XXXVI.)

Infanticide par suffocation. — Prétendu accouchement dans le bain.

La fille Kremer (Marguerite), inculpée d'infanticide, prétend qu'elle a mis au monde son enfant *pendant qu'elle était dans un bain.*

M. le docteur Tardieu, commis par M. le procureur impérial, le 30 juillet, pour faire l'autopsie du corps de cet enfant, est prié de s'expliquer, dans son rapport, sur la vérité de cette déclaration.

Autopsie à la Morgue, le 21 juillet, de l'enfant de la fille Kremer.

Né à terme, très grosse tête ; cordon coupé avec des ciseaux très net, à 6 centimètres.

Rien à l'extérieur. Corps taché de sang, n'a pas été dans l'eau.

Poumons volumineux pénétrés par l'air. Taches ecchymotiques et ruptures vésiculaires à la surface. Sang fluide dans le cœur.

Pas d'eau dans les poumons ni dans l'estomac.

Né a terme, viable, bien conformé.

Né vivant, a vécu et respiré.

Mort étouffé par un obstacle apporté à la continuation régulière de la respiration.

La mort ne peut être attribuée ni à un accident, ni aux difficultés du travail de l'accouchement ; elle est certainement le résultat d'un crime.

Visite, à la Charité, le 24 juillet, de la femme, très pâle, ayant perdu beaucoup, accouchée le 18 courant ; primipare. Il est absolument inexact qu'elle soit accouchée avant terme, dans le bain, d'un enfant mort, et que le cordon se soit rompu ; ces diverses allégations sont formellement contredites par l'état dans lequel nous avons trouvé l'enfant. (Tardieu, *idem*, p. 314, obs. LII.)

Examen de taches de sang sur des linges saisis dans un cas d'infanticide.

Nous soussignés, Ambroise Tardieu et Charles Robin, professeurs à la Faculté de médecine, commis par ordonnance de M. Daniel, juge d'instruction près le tribunal de la Seine, en date du 11 novembre 1862, à l'effet d'examiner les linges saisis hôtel de la Bourse, dans les chambres occupées par le sieur Lebaudy, et rechercher la nature des taches existant sur les linges et notamment si elles proviennent du contact d'un enfant nouveau-né. Après avoir prêté serment entre les mains de

M. le juge d'instruction, avoir retiré du greffe les objets soumis à notre examen, il nous a été remis deux caisses de bois blanc, l'une large de 30 centimètres sur 35 centimètres de hauteur ; l'autre, plus petite, longue de 21 centimètres sur 15 centimètres de large et 7 de hauteur, toutes deux scellées au sceau de M. le commissaire de police du quartier Gaillon et portant une étiquette scellée du même sceau et indiquant la nature de leur contenu. Ayant vérifié l'intégrité des scellés, nous nous sommes transportés au laboratoire de l'un de nous pour y soumettre les objets contenus dans ces deux caisses aux examens chimiques et microscopiques convenables.

Examen du contenu de la plus grande caisse. — Dans cette caisse, nous avons trouvé liés ensemble deux serviettes, un drap et une toile de matelas, avec une étiquette signée de M. le commissaire de police du quartier Gaillon et scellée de son sceau portant l'indication des objets susdits.

Drap de lit. — Ce drap, de toile blanche, nous a présenté vers son centre une grande tache d'un rouge brunâtre, longue de 80 centimètres sur 50 centimètres de large, à bords irréguliers, déchiquetés et entourée d'un grand nombre de macules plus petites de même teinte, mais dont quelques-unes toutefois étaient un peu plus pâles et comme formées par de la sérosité sanguinolente qui aurait imbibé l'étoffe de toile. Par places, les bords de la grande tache offraient un aspect semblable. La matière de ces taches imbibant l'étoffe lui donnait une raideur analogue à celle des linges empesés et traversait toute l'épaisseur du drap.

Après avoir découpé l'étoffe portant les portions de taches dont nous avions à déterminer la nature, nous les avons fait se ramollir et se gonfler par imbibition lente en laissant tremper un des bords de la toile dans une solution concentrée de phosphate de soude. Ce liquide, en ramenant la matière des humeurs desséchées à leur état de mollesse naturelle, permet ensuite de déterminer la nature des éléments constitutifs essentiels et caractéristiques de ces humeurs, éléments qui restent inaltérés au contact de cette solution.

Ayant ensuite soumis à l'examen microscopique la matière gonflée et ramollie qui formait ces taches, nous y avons constaté : 1° l'existence de nombreux globules rouges caractéristiques du sang ; 2° la présence de la fibrine, l'un des éléments caractéristiques du sang, abondante surtout dans certaines parties du bord de la grande tache qui avait le plus la raideur du linge empesé ; 3° l'existence aussi d'un petit nombre des éléments appelés *globules blancs* du sang ; 4° toutes ces parties constituantes du sang caractéristiques des taches formées par cette humeur épanchée étaient accompagnées de nombreuses cellules microscopiques de l'épiderme humain, soit isolées, soit imbriquées et réunies en petites lamelles incolores : ces cellules, qu'on trouve adhérentes à tous les linges de corps qui ont été plus ou moins longtemps en contact direct avec la peau humaine, étaient larges, sans noyau cen-

tral, mais plissées et chiffonnées comme elles le sont lorsqu'elles proviennent de l'épiderme de l'adulte.

Nous n'avons trouvé au milieu de ces éléments aucune des cellules qui constituent l'*enduit sébacé* du fœtus et le caractérisent.

Nous n'avons également pu y découvrir aucun des éléments du *méconium* ni rencontrer des taches ayant l'aspect de celles que forme cette matière des déjections fœtales lorsque, soit seule, soit mêlée d'urine, elle est frottée contre quelque étoffe, bien que nous l'ayons recherchée avec soin par les moyens appropriés dans les portions, peu étendues du reste, des bords de la grande tache, qui offraient une légère teinte brun verdâtre sale et pâle.

Toile de matelas. — Cette toile de matelas quadrillée, tissue de coton, nous a présenté vers son milieu une grande tache arrondie large de 50 à 55 centimètres dans tous les sens, traversant toute l'épaisseur de l'étoffe et se reproduisant avec la même forme sur les deux faces. Les bords de cette tache se terminaient insensiblement pour se confondre peu à peu avec la teinte blanc pâle de l'étoffe. Sa couleur était roussâtre pâle. Elle était surchargée de huit taches plus foncées, larges de 2 à 10 centimètres, d'un rouge brun foncé, empesant l'étoffe et à bord bien délimité.

La substance formant la matière de la tache roussâtre pâle ne nous a montré que quelques globules rouges du sang peu nombreux, mais ni fibrine, ni globules blancs. Nous y avons trouvé les particules irrégulières de matière minérale qu'on trouve dans toute poussière d'origine étrangère au corps humain répandue dans les étoffes.

Cette tache nous a paru être formée par du sang arrivé par imbibition jusqu'à la toile de matelas après avoir traversé une autre étoffe et avoir laissé sur celle-ci ses constitutifs les plus abondants tels que la fibrine et la plus grande partie de ses globules rouges.

Les huit taches plus petites, plus foncées, empesant la toile de matelas et comme superposées à la tache précédente, nous ont présenté tous les éléments constitutifs du sang que nous avions trouvés dans la matière de la grande tache du drap de lit, savoir de nombreux globules rouges de la fibrine sur le bord des taches et quelques globules blancs.

Nous n'y avons trouvé que de rares cellules de l'épiderme humain, sans élément de méconium, ni de l'enduit sébacé du fœtus.

Ces taches, manifestement formées par du sang, nous ont paru devoir provenir ou de sang épanché directement à la surface de la toile de matelas ou encore pouvant provenir de sang qui, coulant abondamment sur un drap de lit appliqué contre les matelas, aura laissé du sang passer entre les fils avant coagulation de ce liquide.

Serviettes de toile. — Les deux serviettes nous ont présenté tant sur les bords qu'en divers points de leurs surfaces de nombreuses taches irrégulières, ayant depuis quelques millimètres de large jusqu'à plusieurs centimètres. Quelques-unes avaient des bords nets ; les autres

confondaient insensiblement leur teinte avec la couleur propre à l'étoffe. La plupart de ces taches étaient roussâtres ou d'un rouge pâle ; les autres avaient une teinte jaune rougeâtre pâle et un peu foncée.

Examinées d'après les mêmes procédés qui nous avaient servi à déterminer la nature des taches précédentes, celles-ci nous ont offert les mêmes éléments que la tache roussâtre pâle de la toile à matelas.

Elles nous ont paru, d'après cette constatation, avoir été produites par de la sérosité sanguinolente plutôt que par du sang proprement dit, sérosité presque dépourvue de globules du sang dans quelques-unes de ces taches et qui aurait pu être essuyée à l'aide de ces serviettes.

Examen du contenu de la petite caisse. — Cette boîte, ainsi que l'indiquait l'étiquette scellée au sceau de M. le commissaire de police et portant la signature de ce magistrat, renfermait plusieurs centaines de fragments de papiers provenant de lettres déchirées, etc., trouvées devant la cheminée dans l'appartement portant les numéros 52 et 53 de l'hôtel situé rue Notre-Dame-des-Victoires, numéros 15 et 17. Nous avons cherché en vain sur tous ces fragments de papier des traces de sang ou de quelque autre liquide que ce soit provenant du corps humain adulte ou nouveau-né.

Conclusions. — En conséquence des recherches auxquelles nous nous sommes livrés et des faits qui précèdent, nous concluons que :

1° Les divers objets soumis à notre examen sont tachés de sang ;

2° Ce sang provient d'un écoulement abondant et d'une transsudation à travers les tissus tachés, comme il s'en produit à la suite de la délivrance chez une femme qui vient d'accoucher ;

3° Aucune des taches ne provenait du contact direct du corps d'un enfant nouveau-né. (Tardieu, *idem*, p. 334, obs. LIX.)

FIN

TABLE ALPHABÉTIQUE

A

Absence 307
Abstinence systématique..... 252
Accidents..... 372
— par les armes à feu... 374
— nerveux 589
Accouchement 119, 650
— récent..... 650
— ancien 655
— après la mort.... 656
Acides 487
Acide acétique 494
— carbonique..... 446
— chlorhydrique 491
— nitrique..... 489
— oxalique 491
— phénique..... 493
— prussique 561
— sulfurique..... 487
— tartrique 493
Aconit 545
Action en désaveu..... 27
Age..... 2, 42, 118
Agonie 262
Alcalis 495
Alcool 55
Alcoolisants 164
Alcoolisme 165
Aliénation mentale..... 68
Aliénés (responsabilité des)..... 96
— (séquestration des)..... 101
— (occupations des) 121
— (écrits des)..... 122
— (habitudes des) 121
— (aveux des)..... 127
— (examen des) 129
Allaitement 173
Alopécie 202
Amaurose 205
Amblyopie..... 205
Ammoniaque 497
Ankylose 211
Aphonie..... 208
Aptitude au coït..... 18
— à la fécondation..... 21
Armes à feu.... 327
Arsenic..... 504
Asphyxie 292
Assurances sur la vie..... 246
Attentats contre la personne... 311
— aux mœurs 566
— à la pudeur..... 568
Autopsie..... 295, 473
Avortement..... 629
— criminel..... 630
— naturel 643
— médical..... 644
— simulé..... 645

B

Barbe 53
Bégaiement 208
Belladone..... 537
Blépharite..... 202
Blépharoptose 204
Blépharospasme..... 203
Blessures..... 202, 314, 372
Bosses sanguines..... 343
Brûlures..... 336, 379, 380

C

Cadavre 256
— (examen des)..... 295
Cantharides..... 564
Capacité civile..... 68
— des épileptiques.. 162
Catalepsie 197
Caroncules myrtiformes 577
Castration 355
Certificats 737
Chaleur (mort par la)..... 454
Champignons 548
Chevauchement des orteils 212

Cheveux 53
Chloroforme 550
Chorée 198
Chromidrose 201
Cicatrices 341
Ciguë 543
Claudication 212
Clientèle 778
Clitoris 575
Coït (aptitude au) 18
Colchique 501
Coloquinte 500
Coloration des poils 53
Combustion 716
— spontanée 339
Commotion 315
Conicine 543
Conseil judiciaire 90
Consultation 736
Contestation de légitimité 27
Contractures 197
Contusions 316
Convulsions 197
Coups 311
Croton tiglium 500
Cuivre (sels de) 516
Curare 549

D

Date de la mort 278
Datura 539
Déclaration de naissance 11
Défloration 585
Dégénérés 163
Délire des persécutions 180
Démence 144
Dents 207
Dentition 207
Désaveu (action en) 27
Détermination de l'âge 43
— du sexe 46
— de la taille et du poids 50
Déviation du rachis 211
Diarrhée 210
Digitale 528
Diplôme 752
— de docteur en médecine. 752
— de pharmacien 803
— supérieur de pharmacien de 1re classe 804
Docimasie pulmonaire 690
— par la balance 690
— par le procédé de Daniel 691
— par la méthode de Gallien 691
— optique 699
— auriculaire 699
Donations 91, 773
Douleurs rhumatismales ..... [illegible]
— sciatiques ..... [illegible]
Drastiques ..... [illegible]
Droguistes ..... [illegible]
Duel ..... 249, [illegible]

E

Ecchymoses ..... [illegible]
Ecrits des aliénés ..... [illegible]
Emétique ..... [illegible]
Empoisonnements ..... 221, 461, [illegible]
Empreintes sur le sol ..... [illegible]
Enquête ..... [illegible]
Enseignement de la pharmacie. [illegible]
Epiciers ..... [illegible]
Epileptiques ..... 152, [illegible]
— proprement dits ..... [illegible]
— aliénés ..... [illegible]
— larvés ..... [illegible]
— alcoliques ..... [illegible]
— paralytiques ..... [illegible]
— homicides ..... [illegible]
Epingles ..... [illegible]
Epistaxis ..... [illegible]
Epurge ..... [illegible]
Etat civil ..... [illegible]
Etat puerpéral ..... [illegible]
Euphorbe ..... [illegible]
Examen des aliénés ..... 109, [illegible]
Excentriques ..... [illegible]
Excès vénériens ..... [illegible]
Exercice de la médecine ..... [illegible]
— illégal ..... [illegible]
— de la pharmacie ..... [illegible]
Exhumations ..... [illegible]
— légales ..... [illegible]
Expertises ..... 384, [illegible]
Extase ..... [illegible]

F

Faiblesse de constitution ..... [illegible]
— d'esprit ..... [illegible]
Faim ..... [illegible]
Farcin ..... [illegible]
Fécondation (aptitude à la) ..... [illegible]
Féminisme ..... [illegible]
Femmes enceintes ..... [illegible]
Fièvre ..... [illegible]
Fistule à l'anus ..... [illegible]
Folie ..... [illegible]
— dissimulée ..... [illegible]
— simulée ..... 139, [illegible]
— prétextée ..... [illegible]
— puerpérale ..... [illegible]
Fosses d'aisances ..... 451, [illegible]
Fractures ..... [illegible]
— du crâne ..... [illegible]
Froid (mort par le) ..... [illegible]
Fulguration (mort par) ..... [illegible]

G

Gaz d'éclairage 450
— délétères 445
— des égouts 451
— des fosses d'aisances..... 151
Gomme-gutte 500
Grossesse..... 119, 171, 615

H

Habitudes actives 611
— passives 606
Hallucinations..... 126, 135
Hématémèse..... 199
Hématurie..... 199
Héméralopie..... 204
Hémoptysie..... 208
Hémorrhagie..... 198, 200
— ombilicales 717
Hémorrhoïdes..... 210
Herboristes..... 817
Hérédité 111
Hermaphrodisme..... 5
Homicide..... 250
Honoraires des médecins... 741, 772
Hymen 585, 575
Hypochondriaques 168
Hystériques 170, 197

I

Ictère 201
Identité 31
Idiotie..... 147, 162, 198
Imbécillité..... 149, 162, 196
Impulsions instinctives 152
Inanition (mort par)..... 158
Incontinence d'urine 210
Infanticide..... 684
Infundibulum anal..... 607
Intempérance..... 252
Interdiction 88
Interrogatoire..... 128
Irresponsabilité des aliénés..... 97
Ivresse 164
— du sommeil..... 190

J

Jurisprudence médicale..... 725
Jusquiame 539

L

Levée du corps 296
Lèvres (grandes et petites)..... 574
Lividité cadavérique 271
Loi du 13 juin 1838..... 69
Luxation 318
Lypémaniaques 177

M

Maladie bronzée 201
Maladies parasitaires 201
— de la peau..... 200
— simulées..... 192
Manie..... 173
Mariage..... 11, 91
Médecins (rôle des) devant les tribunaux..... 107
— étrangers 763
Mélancoliques 178
Mercure (sels de)..... 518
Monomanes 177
Monstruosités 678
Moribonds..... 151
Morelle..... 541
Mort (signes de la)..... 263
— apparente 289
— subite..... 291
— violente..... 294
— par asphyxie 392
Morve 219
Mutilations..... 212, 715
Myopie 204

N

Naissances tardives ou précoces. 623
Nicotine 542
Nitre..... 527
Noix vomique 558
Nourrices..... 173
Nullité de mariage..... 15
Nystagmus 203

O

Officier de santé..... 757, 764, 766
Opérations (grandes) 748
Ophthalmie 203
Opium..... 253, 552
Opposition au mariage..... 14
Ossification..... 703
Otorrhée..... 207
Outrages à la pudeur..... 567
Ouverture du corps 298
Oxalate de potasse..... 528
Oxyde de carbone 446

P

Palpitations 209
Paralysie 211
Paralysie générale..... 182
Patente..... 778
Pédérastie 601
Pellagre..... 188
Pendaison 407
Perforation de la matrice..... 637
Persécutés..... 177

Pharmaciens 803
Phosphore..... 511
Phthisie 208
Pieds plats..... 212
Plaies..... 200, 321, 715
— par armes à feu..... 327
— pénétrantes 349
— non pénétrantes..... 349
Plomb (préparation du)..... 533
Poids (détermination du)..... 50
Poids médicinal 817
Poils (coloration des)..... 53
Poisons..... 482
Potasse..... 495
Préméditation. 124
Presbytie.... 205
Prescription 773
Prête-nom 806
Prisonniers aliénés.. 104
Prostitution pédéraste.... 602
Puberté 119
Putréfaction 275
— dans la terre..... 284
— dans l'eau..... 286
— dans les fosses d'aisances..... 288
— dans le fumier..... 28

R

Rage 220
Rapports..... 732
Relâchement des sphincters..... 266
Rentes viagères 253
Responsabilité des aliénés..... 96
— civile des aliénés. 106
— criminelle 68
— des épileptiques. 160
— médicale..... 746
Rétention d'urine..... 210
Rigidité cadavérique..... 266
Rôle des médecins devant les tribunaux..... 107

S

Sage-femme..... 758, 767
Sciatique 211
Sensation de la faim..... 191
Séparation de corps..... 23
Séquestration des aliénés..... 101
— — prisonniers aliénés..... 104
Service médical..... 770
— militaire 222
Serment..... 728
Sexe 4, 47, 118
Signes professionnels..... 35
Simulation de la folie..... 141
— des maladies..... 192
Sodomie..... [illegible]
— conjugale ..... [illegible]
Somnambulisme..... 189, [illegible]
Soude ..... [illegible]
Squelette ..... [illegible]
Strabisme ..... [illegible]
Strangulation..... ..... 399, [illegible]
Strychnine..... [illegible]
Submersion..... ..... 432, [illegible]
Substances vénéneuses (vente des)..... [illegible]
Sueurs des pieds..... [illegible]
— de sang..... [illegible]
Suffocation..... 393, [illegible]
Suicide..... 249, 255, [illegible]
Suicidés (testaments des)..... [illegible]
Sulfate de zinc..... ..... [illegible]
Superfétation ..... [illegible]
Sourdi-mutité..... ..... [illegible]
Surdité .... [illegible]
Survie .... [illegible]
Syphilis..... [illegible]

T

Tabac..... 253, [illegible]
Taches..... [illegible]
Taies de la cornée..... [illegible]
Taille (détermination de la)..... [illegible]
Tatouages ..... [illegible]
Témoignages des aliénés en justice ..... [illegible]
Température (abaissement de la). [illegible]
Testaments..... 91, [illegible]
Traces de voitures ou d'animaux. [illegible]
Tumeurs des bourses..... [illegible]
Tympanite..... [illegible]

U

Ulcères ..... [illegible]

V

Vagin..... 578, [illegible]
Varices ..... [illegible]
Vénériens (excès)..... [illegible]
Vératrine..... [illegible]
Vergetures ..... [illegible]
Verre pilé .... [illegible]
Vertige épileptique..... [illegible]
Vétérinaires ..... [illegible]
Viabilité..... [illegible]
Vices de conformation..... [illegible]
Vie ..... [illegible]
Viols ..... [illegible]
Vision (de la) au point de vue légal..... [illegible]
Vomissements ... . [illegible]
Vulve..... [illegible]

TABLE ANALYTIQUE

PREMIÈRE PARTIE

MÉDECINE LÉGALE

Définition 1

QUESTIONS GÉNÉRALES POUVANT SE PRÉSENTER DANS TOUTE PROCÉDURE, ET RELATIVES SOIT A LA PERSONNE VIVANTE, SOIT A L'INDIVIDU MORT 1

QUESTIONS JUDICIAIRES RELATIVES A LA PERSONNE VIVANTE. 2

AGE 2

SEXE 4

Hermaphrodisme 5

ÉTAT CIVIL 9

DÉCLARATION DE NAISSANCE 11

MARIAGE 14

Opposition au mariage 14

Nullité du mariage 14

Aptitude au coït 18

Aptitude à la fécondation 21

Séparation de corps 23

ACTION EN DÉSAVEU. — CONTESTATION DE LÉGITIMITÉ 27

IDENTITÉ 31

Examen des circonstances accessoires pouvant aider aux investigations de la justice 59

Empreintes laissées sur le sol 59

Traces de voitures ou d'animaux 60

De la vision au point de vue médico-légal 61

DE LA FOLIE. — RESPONSABILITÉ CRIMINELLE ET CAPACITÉ CIVILE .. 68

1° Des conditions dans lesquelles le médecin légiste intervient pour la constatation de l'état mental 68

A. *Mesures légales à prendre dans l'intérêt des malades et de la sécurité publique* 68

Lois du 13 juin 1838 sur les aliénés 69

B. *De la capacité des aliénés dans les différents actes de la vie*... 86
Interdiction.... 88
Conseil judiciaire.... 90
Mariage.... 91
Donations et testaments.... 91
Testaments des suicidés.... 94
Témoignages des aliénés en justice.... 95
C. *De la responsabilité des aliénés au point de vue des actes délictueux ou criminels qu'ils ont pu commettre*.... 97
Irresponsabilité absolue.... 97
Irresponsabilité partielle.... 98
Irresponsabilité proportionnelle.... 98
Séquestration des aliénés dangereux.... 101
Séquestration des prisonniers aliénés.... 104
D. *Responsabilité des aliénés*.... 106

2° Diagnostic médico-légal de la folie. — Règles à suivre pour procéder à l'examen des fous et constater leur état mental.... 107
Rôle du médecin devant les tribunaux.... 107
Examen du malade.... 109
Diagnostic de la folie.... 111
a. Enquête.... 111
b. Interrogatoire.... 128
c. Examen direct physique.... 129
Examen direct de l'état mental.... 133
Difficultés du diagnostic.... 138

3° Des différents genres de folie au point de vue de l'appréciation médico-légale.... 144
A. *Espèces de folie caractérisées par la faiblesse d'esprit*.... 144
Démence.... 144
Idiotie.... 147
Imbécillité.... 149
Faiblesse d'esprit.... 149
Surdi-mutité.... 150
Moribonds.... 151
B. *Espèces de folie caractérisées par les impulsions instinctives*... 152
Epileptiques.... 152
Idiots et imbéciles.... 162
Dégénérés et excentriques.... 163
Alcoolisants. Alcoolisme.... 164
Hypochondriaques.... 168
Hystériques.... 170
Femmes enceintes.... 171
C. *Espèces de folie caractérisées par différentes formes de délire*.. 173
Manie.... 173
Monomanes, lypémaniaques, persécutés.... 177

Fous paralytiques. Paralysie générale..... 182
Etats spéciaux (pellagre, somnambulisme, ivresse de sommeil, faim)..... 187

DES MALADIES DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA JUSTICE : MALADIES SIMULÉES, DISSIMULÉES, PRÉTEXTÉES, IMPUTÉES, PROVOQUÉES OU COMMUNIQUÉES..... 191

1° **Affections nerveuses**..... 193
Epilepsie..... 193
Folie..... 196
Convulsions..... 197
Hystérie..... 197
Extase, catalepsie..... 197
Somnambulisme..... 197
Contractures..... 197
Chorée..... 198

2° **Fièvres**..... 198

3° **Hémorrhagies**..... 198
Epistaxis..... 199
Hématuries..... 199
Hématémèse..... 199

4° **Maladies de la peau**..... 200
Ulcères et plaies..... 200
Sueurs des pieds..... 200
Sueurs de sang..... 201
Chromidrose..... 201
Parasites..... 201
Maladie bronzée..... 201
Blessures..... 202

5° **Maladies des régions**..... 202
Crâne..... 202
Organes de la vue..... 202
Ouïe..... 205
Fosses nasales..... 207
Appareil de la mastication et de la déglutition..... 207
Organes de la phonation..... 208
Cou..... 208
Organes thoraciques..... 208
Organes abdominaux..... 210
Organes génito-urinaires..... 210
Colonne vertébrale..... 211
Membres inférieurs..... 211

6° **Mutilations**..... 212

7° Maladies communiquées 213
Syphilis 213
Morve et farcin 219
Rage 220
8° Maladies produites accidentellement ou involontairement par imprudence et pouvant donner lieu à une action judiciaire ..... 22[illegible]
Service militaire. Maladies qui en exemptent. Simulation de ces maladies 222
ASSURANCES SUR LA VIE 246
Circonstances qui peuvent faire résilier le contrat d'assurance .. 249
Des maladies et des habitudes qui tendent à abréger la vie 251
Affections du système nerveux 251
Intempérance et ivrognerie 252
Abstinence systématique 252
Tabac 253
Opium 253
RENTES VIAGÈRES 253
QUESTIONS JUDICIAIRES RELATIVES A L'INDIVIDU MORT 256
DE LA MORT ET DU CADAVRE 256
De l'agonie 262
Signes de la mort 263
Aspect général 264
Perte de la sensibilité 265
Perte de la contractilité musculaire 265
Relâchement du sphincter 266
État de l'œil 268
Absence des mouvements respiratoires 269
Arrêt de la circulation 269
Abaissement de la température 274
Putréfaction, date de la mort 275
De la mort apparente 289
De la mort subite 291
Par arrêt des fonctions respiratoires 291
Par arrêt des fonctions du cerveau 292
Par arrêt des fonctions du cœur 293
De la mort violente 294
Examen du cadavre 295
Levée du corps 296
Autopsie 298
Exhumations légales 304
DE L'ABSENCE ET DE LA SURVIE 307
DES ATTENTATS CONTRE LES PERSONNES 311

DES COUPS ET DES BLESSURES. HOMICIDES 311

A. DES DIFFÉRENTES ESPÈCES DE BLESSURES 314

Commotion 315

Contusion 316

Luxations et distensions 318

Fractures 319

Plaies 321

Plaies par instruments tranchants 321

Plaies par instruments piquants 323

Plaies par instruments contondants 325

Plaies par armes à feu 327

Brûlures 336

Combustion spontanée 338

Cicatrices 341

B. BLESSURES CONSIDÉRÉES QUANT A LEUR SIÈGE 343

Blessures 343

Blessures de la tête 343

Blessures de la face 346

Blessures du cou 348

Blessures de la poitrine 348

Blessures du rachis 351

Blessures de l'abdomen 352

Blessures des organes génitaux 354

Blessures des membres 356

C. EXAMEN JURIDIQUE DES BLESSURES. MANIÈRE DE CONDUIRE L'EXPERTISE 357

Visite et constatation 357

Nature des blessures 358

Causes 360

Conséquences 362

Circonstances dans lesquelles les blessures ont été faites 365

A quelle époque remonte la blessure? 366

Position relative du blessé et de l'agresseur 366

Dans quel ordre les blessures ont-elles été faites? 367

Certains actes ont-ils pu être accomplis par la victime après les blessures reçues? 367

Existe-t-il des traces de résistance ou de lutte? 368

Les blessures doivent-elles être imputées à plusieurs individus ou à un seul? 368

Les coups ont-ils été portés par une personne très vigoureuse et par une main exercée? 369

Des sévices et des mauvais traitements exercés sur des enfants 370

D. BLESSURES PAR IMPRUDENCE ET HOMICIDE INVOLONTAIRE 372

Accidents 373

Accidents par des chemins de fer..... 375
Accidents par des voitures..... 376
Accidents par des éboulements..... 376
Accidents par une chute d'un lieu élevé..... 377
Accidents par la chute d'un corps pesant..... 378
Accidents par des machines et des moteurs mécaniques..... 378
Brûlures accidentelles..... 379
Brûlures par coups de feu..... 379
Brûlures par incendie, explosion de gaz, de vapeurs ou de matières explosibles..... 379
Brûlures par des projectiles lancés imprudemment..... 383
Brûlures par des animaux domestiques..... 383
Règles à suivre dans les expertises médico-légales concernant les blessures par imprudence..... 384
DU SUICIDE..... 385
DU DUEL..... 391
MORT PAR ASPHYXIE..... 392
Asphyxie par suffocation..... 396
Asphyxie par strangulation..... 398
Asphyxie par pendaison..... 407
Signes..... 409
Lésions internes..... 425
Questions médico-légales..... 427
Asphyxie par submersion..... 432
Mort par asphyxie..... 433
Mort par syncope..... 438
Questions médico-légales..... 439
Mort par les gaz délétères..... 445
Oxyde de carbone et acide carbonique..... 446
Gaz d'éclairage..... 450
Gaz des fosses d'aisances..... 451
Gaz des égouts..... 452
Mort par la chaleur extérieure..... 453
Mort par le froid..... 455
Mort par inanition..... 458
Mort par fulguration..... 461
DES EMPOISONNEMENTS..... 461
Circonstances dans lesquelles se produisent les faits d'empoisonnement..... 469
Mode d'action des substances vénéneuses..... 469
Symptômes communs à tous les empoisonnements..... 471
Marche de l'empoisonnement en général..... 472
Lésions anatomiques..... 472
Poisons qui existent normalement dans l'organisme..... 473

Inhumation et autopsie des individus empoisonnés..... 473
Questions médico-légales..... 477
DES DIFFÉRENTES ESPÈCES DE POISONS..... 481
1re CLASSE. — **Poisons irritants ou corrosifs**..... 485
Acides..... 487
Sels acides..... 495
Alcalis..... 495
Drastiques..... 499
Irritants mécaniques..... 502
2e CLASSE. — **Poisons hyposthénisants**..... 503
Arsenic..... 504
Phosphore..... 511
Sels de cuivre..... 516
Sels de mercure..... 518
Sulfate de zinc..... 523
Emétique..... 524
Sel de nitre..... 527
Sel d'oseille..... 528
Digitale, digitaline..... 528
3e CLASSE. — **Poisons stupéfiants**..... 532
Sels de plomb..... 533
Belladone..... 537
Jusquiame, datura..... 539
Morelle..... 541
Tabac, nicotine..... 542
Ciguë, cicutine..... 543
Aconit, aconitine..... 545
Champignons..... 548
Curare..... 549
Chloroforme..... 550
Alcool..... 551
4e CLASSE. — **Poisons narcotiques**..... 552
Opium..... 552
5e CLASSE. — **Poisons tétaniques**..... 558
Strychnine. Noix vomique..... 558
Acide prussique..... 561
Cantharides..... 564

QUESTIONS RELATIVES A L'INSTINCT SEXUEL ET A LA REPRODUCTION DE L'ESPÈCE..... 566

DES ATTENTATS AUX MŒURS..... 566

OUTRAGES PUBLICS A LA PUDEUR..... 567
VIOLS ET ATTENTATS A LA PUDEUR..... 569
Des parties sexuelles chez la femme..... 573

Signes de l'attentat à la pudeur ..... 57[illegible]
Examen de la victime 578
Examen de la vulve 579
Signes du viol ..... 58[illegible]
Etat de l'hymen. Défloration 583
Etat du vagin 588
Traces de violences locales 588
Troubles généraux 589
Signes communs aux attentats à la pudeur et au viol 589
Examen de l'inculpé 589
Attentats commis par des femmes sur de petits garçons 590
Attentats commis par des femmes sur des personnes de leur sexe. 591
Conduite de l'expert 591
Questions médico-légales ..... 59[illegible]

DE LA PÉDÉRASTIE ET DE LA SODOMIE 601
Sodomie conjugale 602
Attentats sur des enfants mineurs 602
Prostitution pédéraste 602
Signes de la pédérastie 606
Questions médico-légales 613

DE LA GROSSESSE 615
Signes de la grossesse 616
A quelle époque remonte la grossesse 618
Variétés 620
Durée 622
Naissances précoces ou tardives 623
Superfétation 625
A quel âge une femme peut-elle concevoir ? 627
Une grossesse peut-elle exister sans que la femme ait été réglée? 627
Une femme enceinte peut-elle ignorer sa grossesse 627
Une femme enceinte peut-elle présenter encore les signes de la virginité ? 627
Influence de la grossesse sur l'état moral et intellectuel de la femme 628

DE L'AVORTEMENT 629
Avortement criminel ou volontaire 630
Avortement naturel ou accidentel 643
Avortement médical 644
Avortement simulé 645
Difficultés de l'expertise 646

DE L'ACCOUCHEMENT 650
Signes de l'accouchement 650
Questions médico-légales 657

DE LA VIE, DE LA VIABILITÉ CHEZ LE PRODUIT DE LA CONCEPTION .. 661

Signes de la vie..... 662
Signes de la viabilité..... 663
Degré de maturité..... 664
Conditions de viabilité..... 676
Vices de conformation..... 678
Monstruosités..... 678

DE L'INFANTICIDE..... 684
Statistique..... 685
Identité du nouveau-né..... 686
L'enfant est-il né vivant?..... 687
Caractères de l'enfant mort dans le sein de sa mère et ayant subi la putréfaction utérine..... 687
Signes de la vie d'après les modifications subies par les organes respiratoires..... 688
Docimasie par la balance..... 690
Docimasie hydrostatique d'après le procédé de Daniel..... 690
Docimasie hydrostatique d'après la méthode de Gallien..... 691
Docimasie optique..... 699
Docimasie auriculaire..... 699
Combien de temps l'enfant a-t-il vécu?..... 700
Quelle est la cause de la mort?..... 705
Mort par suffocation..... 705
Mort par fractures du crâne..... 706
Mort par strangulation..... 711
Mort par immersion dans les fosses d'aisances..... 712
Mort par submersion..... 715
Mort par plaies et mutilations..... 715
Mort par combustion..... 716
Mort par hémorrhagies ombilicales..... 717
Mort par défaut de soins..... 718
Mort par empoisonnement..... 719
A quelle époque remonte la mort de l'enfant?..... 720
Examen de la femme. Conditions physiques et morales dans lesquelles se trouve la femme accusée d'infanticide..... 720

DEUXIÈME PARTIE

JURISPRUDENCE MÉDICALE..... 725

CHAPITRE I

DES MÉDECINS DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA JUSTICE..... 725

A. MÉDECINS APPELÉS DEVANT LES TRIBUNAUX POUR ÉCLAIRER LA JUSTICE..... 727
Existe-il une distinction entre les docteurs et les officiers de

santé? entre les pharmaciens de 1re et de 2e classe? *Quid* des médecins étrangers?..... 727
Expertises médico-légales..... 728
Formalités préalables. Serment..... 728
Règles de l'expertise..... 729
Rapports..... 732
Rapports judiciaires et administratifs..... 733
Rapports d'estimation..... 735
Consultations médico-légales..... 736
Certificats..... 737
B. Des honoraires dus aux médecins experts et dont le ministère est requis en matière de justice criminelle..... 741
C. Des médecins appelés devant la justice pour répondre de leurs actes..... 746
Responsabilité médicale..... 746

CHAPITRE II

LOIS, DÉCRETS ET ORDONNANCES QUI RÉGISSENT LA PROFESSION MÉDICALE..... 751

A. **Obtention des diplômes**..... 752
Docteurs en médecine..... 752
Officiers de santé..... 757
Sages-femmes..... 758
Médecins vétérinaires..... 760
B. **Exercice de la médecine**..... 761
Médecins étrangers..... 763
Exercice illégal de la médecine..... 765
Les médecins peuvent-ils poursuivre directement les faits d'exercice illégal de la médecine?..... 769
Secret médical..... 770
Honoraires des médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens..... 772
Donations faites aux médecins..... 777
Patente des médecins..... 778
Vente de clientèle..... 778

CHAPITRE III

LOIS, DÉCRETS ET ORDONNANCES QUI RÉGISSENT L'EXERCICE DE LA PHARMACIE..... 79[illegible]

Enseignement de la pharmacie..... 802
Obtention des diplômes..... 803
Pharmacien de 1re classe..... 803

Pharmacien de 2e classe 804
Diplôme supérieur de pharmacien de 1re classe 804
EXERCICE DE LA PHARMACIE 805
Les pharmaciens ont-ils seuls le droit de vendre des médicaments? sont-ils commerçants? 806
Un individu non pharmacien peut-il être propriétaire d'une pharmacie dans laquelle il placerait un pharmacien légalement reçu? 806
Un pharmacien légalement établi peut-il posséder une seconde pharmacie 806
La vente d'une pharmacie à un individu non pourvu d'un diplôme est-elle valable? 807
Un pharmacien peut-il posséder à la fois deux pharmacies? 807
Administration d'une pharmacie en cas de décès du titulaire? .. 808
Les sœurs de charité ont-elles le droit de vendre des médicaments? 808
Le médecin ou l'officier de santé peut-il vendre des médicaments? 808
Les médecins homœopathes peuvent-ils vendre à leurs malades des médicaments qu'ils ont fait fabriquer dans une pharmacie de leur choix? 809
Le médecin qui serait reçu pharmacien peut-il cumuler les deux professions? 809
DEVOIRS DES PHARMACIENS 809
Le pharmacien ne peut délivrer un médicament sans l'ordonnance d'un médecin 810
Le pharmacien ne peut vendre des remèdes secrets 811
Le pharmacien doit se conformer dans la préparation des médicaments aux formules du Codex 816
Les pharmaciens ne peuvent exercer dans les mêmes lieux ou officine aucun autre commerce que celui des drogues et des préparations médicinales 817
Droguistes. Herboristes. Epiciers 817
Vente des substances vénéneuses 821
CHOIX DE RAPPORTS ET D'OBSERVATIONS 823

ERRATUM

Pages 36 et suivantes. — Ce résumé est emprunté en grande partie aux ouvrages de MM. Legrand du Saulle et Lutaud.

Page 210, *lire* organes génito-urinaires.

Page 295, *lire* exhumation, *au lieu de* inhumation.

COULOMMIERS. — TYP. PAUL BRODARD.

E 7 8 2 3/8/2.

A LA MÊME LIBRAIRIE

AUFFRET, professeur d'anatomie à l'Ecole de Brest. **Manuel de dissection des régions et des nerfs.** 1 vol. in-18 cartonné Diamant, 450 pages, avec 60 figures originales exécutées d'après les préparations de l'auteur .....

PAULIER. **Manuel d'hygiène publique et privée** et ses applications thérapeutiques. 1 fort vol. in-18 de 800 pages. 1879.....

PLAYFAIR (W.-S.), professeur d'obstétrique et de gynécologie au Collège, président de la Société obstétricale de Londres. **Traité théorique et pratique de l'art des accouchements**, traduit et sur la 2e édition anglaise (parue en décembre 1878), par le Dr med, édition entièrement revue par le Dr Budin, professeur d'accouchement à la Faculté de médecine de Paris. 1 beau vol. grand in-8 de 900 pages, avec 200 figures dans le texte.....

PORTES (L.), pharmacien en chef de l'hôpital de Lourcine. **Manuel de minéralogie.** 1 vol. in-18 raisin, cartonné Diamant, de 300 pages avec 65 figures intercalées dans le texte.....

SINETY (L. de), président de la Société de biologie et des Sociétés anatomique et d'anthropologie de Paris. **Manuel pratique de gynécologie et des maladies des femmes.** 1 beau vol. in-8 de 850 pages avec 160 figures *originales* dans le texte.....

TOMES, professeur à l'hôpital dentaire, membre de l'Institut royal de Londres. **Traité d'anatomie dentaire humaine et comparée**, traduit de l'anglais et annoté par le Dr **Cruet**, ancien interne en chirurgie des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8 de 850 pages, avec 175 figures dans le texte.....

VULPIAN (A.), doyen de la Faculté de médecine, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital de la Charité, etc., etc. **Maladies du système nerveux**, leçons professées à la Faculté de médecine de Paris. Recueillies par le Dr **Bourceret**, ancien interne des hôpitaux. Revues par le professeur. *Maladies de la moelle.* 1 vol. gr. in-8 compact.....

VULPIAN (A.), doyen de la Faculté de médecine, etc. **Clinique médicale de l'hôpital de la Charité**, considérations cliniques et observations du professeur. *Rhumatisme, maladies cutanées, scrofules, maladies du cœur, de l'aorte et des artères, de l'appareil digestif, du foie, de l'appareil génito-urinaire, de l'appareil respiratoire, maladies générales, empoisonnements chroniques, syphilis, maladies du système nerveux.* 1 fort vol. in-8 de 958 pages.....

WECKER (L. de). **Thérapeutique oculaire**, leçons cliniques recueillies et rédigées par le Dr Masselon. Revues par le professeur. 1 vol. in-8 de 800 pages, avec figures dans le texte.....

WECKER (L. de). **Chirurgie oculaire**, leçons cliniques recueillies et rédigées par le Dr Masselon. Revues par le professeur. 1 vol. in-8 de 420 pages, avec 82 figures dans le texte.....

WECKER (L. de). **Echelle métrique pour mesurer l'acuité visuelle** 1 vol. in-8 et atlas séparé, contenant les planches murales. Le tout cartonné à l'anglaise .....

YVON (P.), pharmacien de 1re classe, ancien interne des hôpitaux de Paris. **Manuel clinique de l'analyse des urines.** 1 vol. in-18, cartonné Diamant, de 300 pages, avec 40 figures dans le texte.....

WECKER et **MASSELON**. *Ophthalmoscopie clinique.* 1 beau vol. in-18 jésus, cartonné, avec 40 photographies hors texte.....

Coulommiers. — Typographie PAUL BRODARD.